

Le Traitement de la Conjonctivite Printanière par la Greffe de Muqueuse Buccale

(TRAVAIL DE LA CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE DE LYON :
PROFESSEUR L. PAUFIQUE)

THÈSE

présentée

à la FACULTÉ MIXTE de MÉDECINE et de PHARMACIE
de LYON

et soutenue publiquement le 20 Janvier 1965
pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

PAR

René ROUX

né le 10 Mars 1938

à LYON



VILLEURBANNE
Imprimerie R. GAUTHIER
17, Rue Colonel-Klobb

1965

Le Traitement de la Conjonctivite Printanière par la Greffe de Muqueuse Buccale

(Travail de la Clinique Ophtalmologique de Lyon :
Professeur L. PAUFIQUE)



Digitized by the Internet Archive
in 2026

Le Traitement de la Conjonctivite Printanière par la Greffe de Muqueuse Buccale

(TRAVAIL DE LA CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE DE LYON :
PROFESSEUR L. PAUFIQUE)

THÈSE

présentée

à la FACULTÉ MIXTE de MÉDECINE et de PHARMACIE
de LYON

et soutenue publiquement le 20 Janvier 1965
pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

PAR

René ROUX

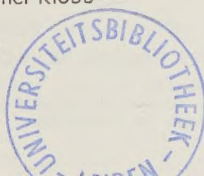
né le 10 Mars 1938

à LYON



VILLEURBANNE
Imprimerie R. GAUTHIER
17, Rue Colonel-Klobb

1965



PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyens Honoraires : M. J. LEPINE Membre de l'Institut - M. H. HERMANN Correspondant de l'Institut
Doyen M. J.-F. CIER

Assesseurs..... MM. M. LEVRAT, L. REVOL

Professeurs Honoraires : MM. COLLET, GUIART, PATEL, LEPINE, TRILLAT
MOURIQUAND, MAZEL, GARIN, GATE, MARTIN, GABRIELLE, SANTY, DUCLOS, GUILLEMINET, HERMANN, ROCHET

PROFESSEURS

Physiologie A.....MM.	CIER J.-F.	Clinique médicale infantile et hygiène du 1 ^{er} âge.....MM.	BERNHEIM.
Clinique urologique	CIBERT.	Biologie médicale et pharmacodynamie	JOURDAN.
Physique biologique,	PONTHUS (dét. à Beyrouth).	Clinique chirurgicale C	BERTRAND.
Clinique neuro-psychiatrique et hygiène mentale.....	DECHAUME.	Chimie analytique pharmaceutique	BADINAND.
Thérapeutique chirurgicale et chirurgie opératoire	ROCHET.	Pharmacie chimique et pharmacologie	DREVON.
Clinique des maladies infectieuses	JEUNE	Médecine légale et dentologie	ROCHE.
Chimie organique et toxicologie.	CHAMBON.	Parasitologie et pathologie exotique	COUDERT.
Clinique chirurgicale B	WERTHEIMER.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie et d'audio phonologie	MOUNIER-KUHN.
Hydrologie thérapeutique, climatologie et écologie sociale	GONIN	Clinique ophtalmologique	PAUFIQUE.
Clinique médicale B	PAUPERT-RAVAULT	Clinique dermatologique et syphiligraphique et allergologie	THIERS.
Clinique et prophylaxie cardiovasculaires	FROMENT.	Clinique de pneumo-ptisiologie	BRUN.
Clinique médicale C	CROIZAT.	Clinique traumatologique des membres	CREYSSEL J.
Chimie biologique et médicale..	ENSELME.	Cancérologie	DARGENT.
Clinique chirurgicale A	MALLET-GUY.	Anatomie pathologique	GUICHARD.
Clinique de chirurgie orthopédique et chirurgie infantile	GUILLEMINET.	Pathologie générale et expérimentale	GIRARD P.
Pharmacie galénique et matière médicale	REVOL.	Anatomie	LATARJET.
Clinique gynécologique	POLLOSSON.	Pathologie chirurgicale	PEYCELON.
Clinique obstétricale.....	PIGEAUD.	Thérapeutique	GIRARD M.
Médecine du travail	BAURET.	Pathologie médicale	VACHON.
Clinique médicale A	LEVRAT C.	Physio-pathologie des voies respiratoires	GALY.
Hygiène et action sanitaire et sociale	SOHIER.	Histologie et embryologie	PAPILLON.
Physiologie et Pathologie Obstétricales	BANSSILLON	Radiologie	MONNET Paul
Physiologie	CHATONNET.	Bactériologie	GUINET.
Botanique et cryptogamie	NETIEN.	Clinique des maladies endocrinologiques	

PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL

Physique nucléaire appliquée à la médecine	MM. BERGER	Pédiatrie et Puériculture	MM. SARROUY
Bactériologie	BERTOYE	Hygiène et Climatologie	LACROIX
Chirurgie générale	MANSUY	Propédeutique chirurgicale	LIARAS
Chimie générale et pharmaceutique	COLLET	Neuro-chirurgie	LECLUIRE
Thérapeutique chirurgicale	GOINARD	Médecine générale	REVOL

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Parasitologie	MM. ROMAN.	Chimie organique et toxicologie	MM. PERROT.
Pharmacie chimique et pharmacologie	CIER A.		

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

MÉDECINE	FE ROLDI.	Anatomie pathologique	MM. TOMMASI Michel
Anatomie pathologique	CREYSSEL R.	Hygiène	RIFFAT Georges
Chimie biologique et médicale..	DUROUX Emile	Pathologie expérimentale	JOUVET Michel
Anatomie	BRETTE René	Hématologie	FAVRE-GILLY Jean
Thérapeutique	DUMONT L.		
Histologie et embryologie	THIVOLET J.	PHARMACIE	
Hygiène	GARIN J.-P.	Botanique et Cryptogamie	ODDOUX.
Parasitologie	MORET R.	Chimie analytique.....	MALLEIN René
Physique	BOUCHET Alain	Chimie biologique	GRAS Jean
Anatomie		Physique	PEYRIN Jean-Olivier

AGREGES EN EXERCICE

Médecine générale	MM. PONT.	Médecine légale	COLIN.
—	VIGNON.	Médecine du Travail	TOLOT.
Médecine générale	PLAUCHU.	Neurologie et Psychiatrie	GUYOTAT.
Chirurgie générale	TRAEGER.	—	SCHOTT.
Chirurgie générale	MARION Pierre.	Obstétrique	DUMONT Martial.
Chirurgie générale	MICHAUD.	Ophtalmologie	BONAMOUR.
—	JAUBERT	Urologie	DURAND Louis.
—	de BEAUJEU.	Médecine générale	GARDE Alexandre
Obstétrique	SAUTOT.	—	PERRIN Andre
Oto-rhino-laryngologie	GUILLEMIN.	—	LARBRE François
Pédiatrie	BURTHIAULT.	—	MORNEX René
Médecine générale	GIGNOUX.	Chirurgie générale	NORMAND Jean
—	FRANÇOIS.	—	MARET Gilbert
Chirurgie générale	DEVIC Michel.	Electro-Radiologie	DESCOTES Jacques
—	DESPIERRES Ch.	Neuro-chirurgie	CHASSARD J.-L.
Dermatologie	de MOURGUES.	Ophtalmologie	ALLEGRE Georges
	FRANCIILLON.	Orthopédie	HUGONNIER R.
	SAUBIER.	Oto-Rhino-Laryngologie	FAYSSSE Robert
	COLOMB.	Pneumo-Phtisiologie.....	GAILLARD Jean
			KALB Jean-Claude

EXAMINATEURS DE LA THESE

Président : Professeur L. PAUFIQUE

Assesseurs : Professeurs Agrégés G. BONAMOUR, R. HUGONNIER, F. LARBRE

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

Je dédie ce travail :

A MON PERE

A MA MERE

A MA FEMME

A MA FILLE

A TOUS CEUX QUI ME SONT CHERS

A NOTRE MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LOUIS PAUFIQUE

Professeur de Clinique Ophtalmologique et

Ophtalmologiste des Hôpitaux

Nous lui sommes reconnaissant de l'accueil bienveillant qu'il nous a réservé à la clinique ophtalmologique et du très grand honneur qu'il a bien voulu nous faire aujourd'hui en acceptant de présider notre jury.

C'est pour nous un privilège inestimable de pouvoir travailler chaque jour auprès d'un maître dont l'autorité repose sur des qualités humaines, un sens clinique et une maîtrise chirurgicale que nous admirons profondément.

Nous sommes fier de présenter dans cet ouvrage les résultats obtenus par une intervention chirurgicale qu'il a expérimentée et dont il a codifié la technique opératoire.

Nous l'assurons ici de notre gratitude et de notre respectueux attachement.

A nos Juges :

MONSIEUR LE DOCTEUR G. BONAMOUR

*Professeur Agrégé
Ophtalmologiste des Hôpitaux*

Un semestre d'externat passé dans son service a marqué nos débuts en Ophtalmologie.

L'étendue de ses connaissances, la finesse de ses analyses séméiologiques, alliées à une constante amabilité rendent son enseignement particulièrement attrayant.

Nous le prions de croire à notre profond dévouement.

MONSIEUR LE DOCTEUR R. HUGONNIER

*Professeur Agrégé
Ophtalmologiste des Hôpitaux*

Nous éprouvons une grande admiration pour la clarté de sa pensée scientifique qui fait autorité particulièrement pour ce qui est de la Strabologie.

La précision et la rigoureuse exactitude de sa technique chirurgicale représentent un modèle dont nous nous efforcerons d'appliquer les principes.

Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de notre profond respect et de notre sincère gratitude pour la bienveillance de son accueil.

MONSIEUR LE DOCTEUR F. LARBRE

*Professeur Agrégé
Médecin des Hôpitaux*

Au cours d'un semestre d'externat, puis d'un stage terminal passés dans le service de notre très regretté Maître, feu le Professeur M. BERNHEIM, il nous a initié à la Pédiatrie par des exposés passionnants. Les connaissances ainsi acquises se sont révélées particulièrement précieuses.

Nous le remercions d'avoir accepté de juger notre travail et nous l'assurons de notre vive admiration.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR J.-L. BONNET

Professeur Agrégé

Ophtalmologiste des Hôpitaux de Grenoble

Nous le remercions pour la bien-
veillance et l'estime qu'il a bien voulu
nous accorder.

A MONSIEUR LE DOCTEUR R. ETIENNE

Ophtalmologiste des Hôpitaux

A MONSIEUR LE DOCTEUR J. ROUGIER

Ophtalmologiste des Hôpitaux

A NOS PROFESSEURS AU LYCÉE DU PARC

A NOS PROFESSEURS A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

A NOS MAÎTRES DANS LES HOPITAUX DE LYON

Externat :

MONSIEUR LE DOCTEUR M. PONT

MONSIEUR LE PROFESSEUR M. LATARJET

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. MARION

MONSIEUR LE DOCTEUR G. BONAMOUR

MONSIEUR LE DOCTEUR F. TOLOT

MONSIEUR LE PROFESSEUR M. BERNHEIM (*in memoriam*)

MONSIEUR LE DOCTEUR F. LARBRE

A MADAME LE DOCTEUR MIREILLE BONNET
Assistante des Hôpitaux de Lyon

Elle a bien voulu nous guider dans l'élaboration de ce travail et apporter à sa réalisation ses qualités intellectuelles et la richesse de ses connaissances.

Au cours de ses passionnantes conférences d'Ophtalmologie, elle sait rendre claires à nos esprits les questions les plus complexes, en nous montrant les points importants, leur valeur clinique et thérapeutique.

Que cette thèse soit pour nous l'occasion de l'en remercier très sincèrement.

A MONSIEUR LE DOCTEUR M.-P. RAVAUT
Assistant des Hôpitaux de Lyon

Nous admirons sa clarté d'esprit qui lui permet d'atteindre immédiatement l'essentiel en des synthèses éblouissantes.

Nous le remercions pour sa bienveillance à notre égard.

A MESSIEURS LES CHEFS DE CLINIQUE DES SERVICES
D'OPHTALMOLOGIE DES HOPITAUX DE LYON

Toujours prêts à nous faire aimablement bénéficier de leur savoir et de leurs conseils.

A MONSIEUR LE DOCTEUR L. DURAND
Interne des Hôpitaux de Lyon

Nous le remercions d'avoir bien voulu réaliser l'illustration de la technique opératoire exposée dans cette thèse et l'assurons de notre sincère amitié.

A NOS AMIS DU DIPLOME D'OPHTALMOLOGIE

AU PERSONNEL INFIRMIER ET RELIGIEUX

DE LA CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE

Nous remercions les Laboratoires CHIBRET qui ont aimablement mis à notre disposition leur service de documentation scientifique.

INTRODUCTION

La Conjonctivite Printanière est infiniment plus rare dans nos régions que dans certains pays (Turquie, Palestine, Egypte, Pays balkaniques, Mexique...), où elle constitue par sa fréquence une véritable maladie endémique au même titre que le trachome, auquel elle est du reste assez souvent associée.

Parce qu'il est rare qu'elle atteigne par ses séquelles cornéennes la fonction visuelle, la Conjonctivite Printanière est considérée comme une maladie bénigne. Cependant, s'il est vrai que les cas les plus nombreux guérissent par des thérapeutiques médicales simples, au prix seulement d'une gêne fonctionnelle saisonnière qui s'épuisera avec l'âge et la puberté, il existe aussi des formes sérieuses de la maladie : ce sont les formes avec lésions conjonctivales majeures, dans lesquelles la conjonctive tarsienne supérieure est profondément remaniée et épaissie par un « pavage » très serré, avec des végétations exubérantes. Leur évolution est désespérante et nous ne possédons aucun traitement médical réellement efficace à leur encontre.

Devant l'échec de toutes les thérapeutiques et devant les instances du malade ou de sa famille, qui réclame un soulagement, il paraît logique et justifié d'avoir recours à la chirurgie pour détruire les lésions.

Le traitement chirurgical de la Conjonctivite Printanière s'est d'abord inspiré des différents procédés utilisés dans le traitement du trachome ; mais ils furent rapidement abandonnés devant les échecs et les récides. L'ablation chirurgicale des papilles hypertrophiées introduite par DANVERS en 1901 se heurte aux mêmes échecs, qu'elle soit ou non combinée à une cautérisation. Il faut, pour prévenir

les récidives, non seulement enlever en totalité les lésions, mais encore recouvrir la zone cruentée par un tissu sain.

L'abaissement de la conjonctive du fornix après excision des lésions (TRANTAS 1920, SHIMKIN 1938) répond à ces exigences. Cette méthode peut effectivement donner de bons résultats, mais deux complications sérieuses menacent les suites post-opératoires : la récidive sur la conjonctive abaissée au-devant du tarse, l'entropion de la paupière supérieure.

L'excision des lésions conjonctivales palpébrales suivie de greffe de muqueuse buccale proposée par GOLDSTEIN en 1934, et que nous employons depuis 18 ans, donne, à condition d'être appliquée de façon rigoureuse, des résultats supérieurs.

Le plan de notre exposé sera le suivant :

1. Bases cliniques et étiopathogéniques du traitement.
2. Rappel des différents traitements médicaux et chirurgicaux.
3. Exposé de la technique opératoire employée à la Clinique Ophtalmologique de Lyon.
4. Présentation de 26 observations.
5. Analyse des résultats.
6. Conclusions.

BASES CLINIQUES ET ETIOPATHOGENIQUES DU TRAITEMENT

I. — Bases cliniques

La conjonctivite printanière sévit surtout dans les pays chauds et humides et, en Europe, dans les régions méditerranéennes, où elle constitue une maladie endémique.

En France, cette affection est relativement rare. Cependant elle n'est pas exceptionnelle et *mérite d'être connue pour deux raisons* :

— il existe des formes atypiques et trompeuses, notamment des formes limbiques ou cornéennes, qui peuvent conduire à des erreurs de diagnostic ;

— les formes à évolution sévère posent des problèmes thérapeutiques difficiles.

C'est essentiellement une maladie de l'enfant et de l'adolescent : elle atteint le plus souvent le jeune garçon (72,5 %) entre 3 ans et 12 ans ; les rares formes à début plus tardif touchent les deux sexes de façon égale (NEUMANN et coll.). D'une manière générale, *l'âge de début a une valeur pronostique* : les formes à début le plus précoce ont l'évolution la plus longue et la plus sévère ; ce sont aussi ces formes qui se compliquent le plus souvent de manifestations cornéennes.

Le plus souvent bilatérale et symétrique, *la Conjonctivite Printanière évolue par poussées* beaucoup plus estivales que printanières, débutant en mai, persistant pendant toute la saison chaude pour régresser en automne et en hiver et récidiver l'été suivant. *Cependant cette évolution par poussées n'est pas toujours aussi schématique* : NEUMANN et coll. trouvent une persistance de troubles plus ou moins

marqués dans 34 % de cas qu'ils ont étudiés, et dans 31 % des cas les variations saisonnières sont très faibles, cet aspect subchronique étant en général le fait des formes les plus anciennes.

La scène clinique est marquée par des signes fonctionnels, très souvent intenses :

- prurit, brûlures, sensations de corps étranger ;
- larmolement ;
- photophobie à la moindre lumière.

La vision est de ce fait considérablement gênée et l'activité du malade considérablement compromise. Certaines poussées sont moins pénibles, mais elles constituent l'exception.

L'examen montre à quel niveau la conjonctive est atteinte, ce qui permet de distinguer :

- une *forme palpébrale* : la plus fréquente ;
 - une *forme bulbaire limbique* : bien plus rare ;
- ces deux formes pouvant être *isolées* ou *associées* et réaliser des formes mixtes.

A. — LA FORME PALPEBRALE :

Les lésions siègent sur la conjonctive tarsienne de la paupière supérieure, épargnant en règle la conjonctive du cul-de-sac supérieur ; l'atteinte de la conjonctive tarsienne de la paupière inférieure est toujours minime.

On distingue 3 stades évolutifs (THÉODORE F.-H., POULIQUEN) :

1. — *Au début, il existe une vasodilatation* diffuse, importante, avec prurit. La conjonctive paraît lisse, mais la biomicroscopie objective déjà la présence de petites papilles centrées chacune par un petit vaisseau sanguin, sans élément folliculaire.

2. — Le plus souvent la maladie évolue en 10 à 15 jours vers la *forme pavimenteuse*. La conjonctive s'hypertrophie,

devient rouge vineuse, ou, au contraire, blanchâtre, délavée. En tout cas le classique aspect en « pavage » est évident : les papilles forment un ensemble de végétations de dimensions variables, grossièrement polygonales par pression réciproque, aplaties au sommet par la pression sur le globe, séparées par un sillon mince et profond.

3. — *La forme granulomateuse* représente un stade ultime et assez rare où les végétations palpébrales atteignent de telles dimensions qu'elles peuvent léser mécaniquement la cornée, et même déborder le bord libre de la paupière supérieure. Dans ces formes exubérantes, les lésions anatomiques sont particulièrement importantes et irréversibles.

Par ailleurs, l'examen révèle l'existence constante d'une sécrétion caractéristique, véritable pseudo-membrane d'un blanc crémeux qui s'accumule au bord des paupières et s'élimine en larges fragments. Outre son aspect, sa *richesse en éosinophiles* en fait un élément diagnostique important. De plus, NEUMANN et coll., par une réaction au Bleu de Toluidine, ont mis en évidence dans cette sécrétion la présence de *muccopolysaccharides* : ce test serait spécifique de la Conjonctivite Printanière, beaucoup plus que l'éosinophilie locale.

B. — LA FORME LIMBIQUE OU BULBAIRE :

Elle réalise un bourrelet saillant, d'aspect lardacé, grisâtre, prédominant dans l'aire d'ouverture de la fente palpébrale, enchâssant la cornée qu'il entoure en feston. La biomicroscopie le montre constitué de végétations saillantes, grisâtres, dont le sommet est parfois coiffé d'une tache jaunâtre calcifiée ou *grain de Trantas*, pathomonomiques du catarrhe printanier.

C. — LES MANIFESTATIONS CORNEENNES :

Elles sont relativement fréquentes, mais souvent réduites à des microlésions, et occupent une place particulière dans la description du Catarrhe Printanier. Leur signification est variable :

— les unes, les plus fréquentes, ne sont que des symptômes sans gravité ;

— les autres, plus rares, sont des complications graves, car elles laissent un déficit visuel constant et souvent important.

L'atteinte de la cornée accompagne le plus souvent les lésions conjonctivales palpébrales ou bulbaires dont l'aspect bien particulier permet le diagnostic, mais elle peut aussi compliquer une forme limbique ; l'aspect est alors moins évocateur, surtout lorsque les lésions cornéennes sont au premier plan de la scène clinique.

1° *Manifestations cornéennes mineures :*

Elles sont très fréquentes : 50 % des cas pour J. SEDAN, 100 % pour MORPUGO. Elles s'observeraient surtout dans les formes limbiques de la maladie (ALAJAMO) et dans les formes rebelles ou à poussées particulièrement sévères

— *La kératite ponctuée* est la manifestation la plus fréquente, souvent latente cliniquement, elle est révélée par l'examen biomicroscopique, qui montre des lésions dont l'aspect est variable : opacités linéaires, pulvérulentes, punctiformes ou micronummulaires, en règle superficielles et très souvent accompagnées d'une ulcération épithéliale qui prend les colorants. Elles sont parfois très nombreuses et entraînent alors un déficit visuel ; le plus souvent elles sont localisées à la périphérie cornéenne.

Elles évoluent en concomitance avec les poussées conjonctivales palpébrales. Cependant, même dans les formes rebelles, l'évolution est généralement favorable, aboutissant à la guérison sans séquelle fonctionnelle importante.

— *Le pseudo-gérontoxon*, assez fréquent, est constitué par une opacité arciforme siégeant à la périphérie de la cornée dans les secteurs supérieur ou inférieur, parfois séparée du limbe par une bande de cornée normale. Il n'entraîne pas de gêne visuelle.

2° *Complications cornéennes :*

Ce sont des lésions qui laissent un déficit visuel constant.

— *L'envahissement de la cornée par des lésions lim-
biques*, exceptionnel, se voit dans les formes évoluées. Il
peut rester superficiel, mais aussi rompre la membrane
de BOWMAN et provoquer ainsi des opacités définitives.

— *Le pannus vasculaire*, voile porte-vaisseaux qui
s'étend sur la moitié supérieure de la cornée, est une
forme atténuée, non végétante, qui peut exister sans
atteinte limbique.

— *La kératite sclérosante*, dystrophie rare, qui apparaît
dans les formes très anciennes, réalise une opacité blan-
châtre, porcelainée, définitive, s'étendant peu à peu jus-
qu'à l'aire pupillaire.

— *La déformation de la cornée*, soit kératocone associé
(BIETTI), soit le plus souvent déformation kératoconique
responsable d'un astigmatisme myopique.

— *L'ulcération de la cornée* : outre les fines ulcérations
épithéliales sans gravité qui peuvent accompagner la
kératite ponctuée, le Catarrhe Printanier peut se compli-
quer d'un type d'ulcération cornéenne bien particulier :
c'est l'*ulcère rond* de la cornée, unique, souvent étendu
(2 à 3 mm), volontiers de siège central ou paracentral,
il intéresse à la fois l'épithélium et le parenchyme. Il est
remarquable par son aspect « *froid* », avec ses bords à pic,
sans aucune infiltration œdémateuse, sans réaction vascu-
laire et son évolution torpide, par poussées désespérantes
au cours desquelles il creuse parfois jusqu'à la membrane
de DESCMET, qu'il ne perfore cependant jamais.

*Quels sont les rapports entre le Catarrhe Printanier
et ces lésions cornéennes ?*

— Certaines représentent simplement l'extension à la
cornée des lésions limbiques, comme le prouve l'anatomie
pathologique.

— Mais le plus souvent leur signification reste discutée :

- origine trophique, par trouble de la nutrition de la cornée, secondaire aux altérations de la conjonctive limbique. De fait, dans ces cas, la sensibilité cornéenne est souvent diminuée ;
- le rôle traumatisant des végétations palpébrales est à considérer, car certaines lésions se localisent effectivement au secteur supérieur de la cornée que les végétations palpébrales traumatisent constamment ;
- enfin, il est possible que certaines lésions cornéennes relèvent du même processus causal que les lésions conjonctivales, lequel, comme nous le verrons plus loin, reste bien mystérieux.

EVOLUTION GENERALE DE LA CONJONCTIVITE PRINTANIERE :

La Conjonctivite Printanière évolue par poussées saisonnières, plus ou moins pénibles, pendant plusieurs années (de 1 à 8 en moyenne).

L'extinction de la maladie a lieu au moment de la puberté, parfois un peu plus tard, en principe avant l'âge de 20 ans.

L'évolution est donc en règle favorable et le pronostic bon, si des complications cornéennes ne viennent pas constituer des séquelles graves.

Cependant l'importance des signes fonctionnels, l'allure désespérément récidivante de la maladie dont les rémissions hivernales sont parfois incomplètes, le handicap, scolaire en particulier, qui en résulte, tous ces éléments contribuent à rendre bien difficile l'attente de l'issue favorable du Catarrhe Printanier.

C'est pourquoi les travaux consacrés à la recherche d'un traitement sont très nombreux.

II. — Bases étiopathogéniques du traitement

Nous ne ferons qu'évoquer le problème de l'étiopathogénie de la Conjonctivite Printanière ; aucune solution satisfaisante ne lui a encore été apportée.

Pour de nombreux auteurs, l'hypothèse d'une maladie allergique constitue une certitude ; ils font remarquer :

- le caractère saisonnier et récidivant ;
- l'association fréquente du Catarrhe Printanier à d'autres manifestations allergiques ;
- la fréquence des antécédents allergiques familiaux ;
- les réactions cutanées et conjonctivales positives aux pneumallergènes : pollens, poussières, moisissures ;
- l'existence d'une éosinophilie dans la sécrétion et dans le tissu conjonctival lui-même.

En fait, ces divers arguments sont très vivement critiqués :

— l'association du Catarrhe Printanier à d'autres manifestations allergiques personnelles ou familiales est en réalité assez rare : NEUMANN et coll. ne la retrouvent que dans 11 % des cas, ce qui correspond sensiblement au pourcentage d'une population normale ;

— les réactions aux pneumallergènes sont fréquentes, mais non constantes ;

— l'éosinophilie peut entrer dans le cadre d'une vagotonie (CASINI, POTVIN) ;

— surtout la maladie s'épuise avant l'âge de 20 ans, or « un accident allergique reconnu comme tel, avec tests de sensibilisation positifs, ne disparaît jamais sans laisser de traces, biologiques notamment » (P. BLAMOUTIER).

Par ailleurs, la nature des hypothétiques allergènes responsables est l'objet de controverses :

— les pneumallergènes sont le plus souvent mis en cause :

- la poussière (O. OPPEL), les poils d'animaux, les plumes ;
- les pollens (OGUCHI) ;
- les moisissures (HANSEL F.S.) ;
- la plupart des microbes ;
- de nombreux aliments sont incriminés ;

— dans l'hypothèse d'une allergie physique, on a évoqué une hyperréactivité de la conjonctive à la lumière solaire (AXENFELD).

Enfin, la « *notion d'un terrain organique prédisposant* » est souvent proposée :

— déséquilibre neuro-végétatif (LAGRANDE G. et DELTHIL S.) ;

— troubles hormonaux divers, qui seraient à rapprocher de l'extinction à la puberté ;

— carences en Fer, en Calcium, en Phosphore, etc... ;

— carences en vitamines, surtout vitamine B.

Mais il faut remarquer qu'aucun de ces déficits n'est retrouvé de façon constante chez les sujets atteints de conjonctivite printanière, et que, par ailleurs, on les retrouve tout aussi fréquemment chez les sujets indemnes de toute affection conjonctivale du type printanier.

Ainsi l'étiopathogénie de la Conjonctivite Printanière reste mystérieuse. On comprend que le traitement soit plus symptomatique qu'étiologique, et plus local que général.

LE TRAITEMENT DE LA CONJONCTIVITE PRINTANIERE

Nous envisagerons successivement le traitement médical, puis le traitement chirurgical, en considérant les modalités, les résultats et les indications de chacun.

I. — Le traitement médical

Il poursuit deux buts :

- soulager les signes fonctionnels ;
- guérir la maladie ; mais la fragilité des bases étiopathogéniques nous permet a priori d'entrevoir ses limites dans ce domaine.

1° LE TRAITEMENT LOCAL.

Il comporte :

A. — *Certains procédés simples et anciennement connus :*

- Port de verres teintés qui soulagent la photophobie.
- Désinfection oculaire par bains oculaires et collyres antibiotiques, afin de juguler la surinfection souvent associée.

— Les vasoconstricteurs locaux : adrénaline, éphédrine, et plus récemment, privine et otrivene. Ils font diminuer les signes subjectifs, sans influencer aucunement les lésions anatomiques. Leur action est suivie d'une vaso-dilatation secondaire, ce qui oblige à des instillations très fréquentes.

B. — *Les corticoïdes* : ils représentent un apport thérapeutique plus récent et bien plus intéressant. On les utilise sous forme de :

- Collyres à instiller six fois par jour ;

- Pommades à appliquer 2 à 3 fois par jour ;
- Solutions destinées aux injections sous-conjonctivales.

Leur action se manifeste par une diminution importante et rapide des signes fonctionnels irritatifs.

Cependant les lésions de la conjonctive palpébrale ne sont nullement influencées. Par contre, les lésions de la conjonctive bulbaire réagissent de façon importante : quelques injections sous-conjonctivales de corticoïdes sont capables de faire littéralement « fondre » des lésions bulbaires, même très importantes, pseudo-tumorales (G. VACHERET, nos observations personnelles).

Mais l'action des corticoïdes administrés localement reste purement symptomatique : l'arrêt de leur application au cours d'une poussée de catarrhe printanier est rapidement suivi d'une recrudescence des signes fonctionnels et en aucun cas ils ne sauraient prévenir les récides saisonnières.

C. — *La radiothérapie* à titre anti-inflammatoire est volontiers utilisée. Non pas la roentgenthérapie, dangereuse pour le globe par sa pénétrance, mais la *bétathérapie*. En séances de 5 à 10 minutes à quelques jours d'intervalle, elle soulage notablement le malade, fait fondre les lésions limbiques, mais son action sur les lésions palpébrales est beaucoup plus modeste, à peu près nulle lorsque ces lésions sont importantes.

2° LE TRAITEMENT GÉNÉRAL.

Il vise à guérir le malade en suivant les diverses hypothèses pathogéniques précédemment exposées.

A. — En considérant que la Conjonctivite Printanière est une maladie d'origine allergique, *on a souvent essayé de DESENSIBILISER ces malades :*

1. — *Désensibilisation non spécifique :*

— l'autohémothérapie, les antihistaminiques, les injections I.V. de calcium n'ont jamais eu d'action curative

et n'agissent que très inconstamment sur les signes fonctionnels ;

— les corticoïdes par voie générale et même l'ACTH en cure brève ont une action remarquable sur les signes fonctionnels, même dans les formes assez pénibles de la maladie qui sont notablement soulagées. De plus, ils limitent dans une certaine mesure l'exubérance des lésions conjonctivales palpébrales. Cependant, ils ne les font jamais disparaître en totalité, et surtout ils n'évitent pas les récives du catarrhe printanier.

2. — *La désensibilisation spécifique* représente l'acquisition la plus récente de l'allergologie. Son utilisation dans le traitement de la Conjonctivite Printanière a été préconisée par CALMETTES et DEODATI.

Nos essais personnels en ce domaine ne comportent aucune guérison. Dans une thèse récente, G. MARTIN fait le bilan des résultats obtenus à la Clinique Ophtalmologique de Marseille. Il souligne d'abord les difficultés matérielles de ce traitement (injections fréquentes, souvent plusieurs par semaine, pendant des années, pratiquées par un Centre d'Allergologie souvent éloigné du domicile), de sorte que sur 32 malades, 9 seulement l'ont accepté. Parmi ces 9 cas, les résultats se composent de :

- 2 échecs ;
- dans 3 cas, disparition des signes subjectifs et objectifs, dont 1 après arrêt du traitement depuis un an ;
- dans 4 autres cas, il n'a été constaté qu'une légère amélioration des signes fonctionnels.

En fait, il semble que lorsqu'un terrain allergique existe, il s'agisse de phénomènes de *polysensibilisation* : ceci expliquerait sans doute l'inconstance des résultats obtenus par la désensibilisation spécifique, et aussi l'action remarquable des corticoïdes, meilleurs antiallergiques non spécifiques. On comprend aussi que les résultats obtenus ne soient que temporaires, car le « terrain allergique » n'étant pas modifié, l'organisme conserve son potentiel réactionnel, qui pourra se manifester vis-à-vis d'un allergène autre que celui vis-à-vis duquel il a été désensibilisé.

B. — Par ailleurs, la notion d'un « *terrain prédisposant* » est à l'origine de diverses tentatives thérapeutiques basées sur la correction des carences ou déséquilibres, souvent complexes, décelés chez certains malades. Les résultats en sont incomplets et très inconstants.

Cependant, il a été signalé des résultats favorables obtenus par l'opothérapie testiculaire et hypophysaire combinés chez des sujets impubères (P. BLAMOUTIER). On retrouve ici le rôle mystérieux des hormones, à rapprocher de l'extinction de la maladie à la puberté, « période des grands bouleversements psychoendocriniens ».

De ces données, nous pouvons déduire maintenant les INDICATIONS et préciser les LIMITES du traitement médical.

Le traitement médical conserve une place de choix. Il sera toujours essayé avant tout autre, et on aura d'abord recours aux procédés thérapeutiques dont l'efficacité est reconnue.

Le résultat obtenu varie suivant la forme clinique.

— *Les formes frustes et bénignes* seront aisément rendues supportables par les petits moyens (port de verres teintés, vasoconstricteurs locaux, antiseptiques) et les corticoïdes locaux.

— *Dans les formes à symptomatologie plus pénible et avec lésions anatomiques importantes*, il sera bon d'adjoindre la corticothérapie par voie générale et la bêta-thérapie. Dans ces formes déjà, l'amélioration obtenue n'est pas toujours suffisante.

— Par ailleurs, *il existe des formes majeures*, marquées par l'aspect extrêmement proliférant des lésions palpébrales qui alourdissent la paupière et réalisent un faux ptosis. Les signes fonctionnels sont alors extrêmement marqués. En général, ces formes résultent d'une évolution prolongée de la maladie, qui prend peu à peu une allure chronique. Ce sont rarement des formes à évolution d'emblée chronique, et elles sont rares sous nos latitudes.

Dans ces formes majeures, le traitement médical s'avère tout à fait insuffisant. Il ne parvient pas à soulager le malade, et la persistance fréquente de signes fonctionnels importants entre les poussées aiguës fait de lui véritablement un infirme.

— *L'existence ou l'apparition de lésions cornéennes ulcéreuses* ajoute une note un peu particulière au traitement, surtout en ce qui concerne l'indication des corticoïdes, dont on connaît le rôle dépresseur sur les processus de cicatrisation tissulaire.

Ils ne sont pas à proscrire alors systématiquement ; on doit tenir compte du type d'ulcération cornéenne :

— la kératite microponctuée, si fréquente, est nettement améliorée par la corticothérapie (NEUMANN et coll., J. SEDAN). Il semble qu'elle relève de la même pathogénie que les lésions conjonctivales, et sans doute aussi d'un facteur mécanique (traumatismes par les végétations palpébrales). On comprend que l'action bénéfique exercée par les corticoïdes sur le catarrhe printanier se retrouve au niveau de la kératite microponctuée ;

— par contre, l'ulcère rond de la cornée évoque, par son allure biomicroscopique, son évolution et l'association fréquente d'une baisse de la sensibilité cornéenne, un trouble trophique. On comprend que la corticothérapie soit en ce cas inefficace et dangereuse.

— *Enfin, et d'une manière générale, nous avons montré que le traitement médical ne guérit pas la Conjonctivite Printanière dont les récurrences saisonnières ne sont pas évitées.*

Telles apparaissent les limites du traitement médical du Catarrhe Printanier :

- traitement *purement symptomatique* qui, dans les formes bénignes ou moyennes, permet au malade d'attendre la guérison spontanée, au prix d'un handicap plus ou moins modéré, mais se révèle tout à fait *inopérant dans les formes majeures* avec lésions anatomiques importantes dont l'évolution se fait souvent sur le mode chronique.

De ces insuffisances ressort l'intérêt des tentatives chirurgicales.

II. — Le traitement chirurgical

A. — Il s'est d'abord inspiré des *techniques employées dans le traitement du Trachome*, en cherchant à détruire les végétations de la conjonctive palpébrale : citons le grattage, le brossage, et plus récemment l'électrocoagulation et les applications de neige carbonique.

Ce sont des techniques simples, de réalisation relativement facile, mais *insuffisantes*. En effet, elles visent seulement à détruire les végétations, qui ne représentent que la manifestation macroscopique du Catarrhe Printanier ; elles laissent en place une grande partie du tissu conjonctival pathologique. Il n'est donc pas étonnant de constater que l'application de ces procédés n'apporte au malade qu'un soulagement médiocre et très bref (souvent moins d'un mois), les végétations récidivant alors de plus belle avec tout leur cortège de signes fonctionnels.

B. — *L'excision globale de la conjonctive tarsienne*, proposée en 1901 par DANVERS, associée ou non à la cautérisation, n'apporte pas de meilleurs résultats. Ce qui a conduit à penser que l'ablation totale des lésions est insuffisante. *Il faut de plus les remplacer par un tissu conjonctival sain.*

C. — *Ce principe peut être réalisé par l'abaissement de la conjonctive du fornix*, ainsi que l'ont proposé TRANTAS (1920), LIEBERMANN (1922), SHIMKIN (1938), SUGAR (1962) :

- la conjonctive est largement excisée en regard du tarse jusqu'au bord ciliaire ;
- les couches profondes du tarse sont abrasées : en effet, les examens anatomo-pathologiques montrent à leur niveau les stigmates du catarrhe printanier :
- infiltration cellulaire où prédominent les éosinophiles ;

— prolifération et hyalinisation du tissu conjonctif sous-épithélial.

Les laisser en place serait donc s'exposer aux récidives.

Les couches superficielles du tarse sont par contre en règle indemnes (SHIMKIN, BIEGELMAN in SUGAR). L'excision totale du tarse jusqu'à 2 mm du bord ciliaire, telle que la propose KUHN-HEISRATH, est donc inutile, et de plus très mutilante.

Ensuite, on abaisse la conjonctive du cul-de-sac supérieur, dont on suture le bord libre près du bord ciliaire.

Cette intervention est capable de donner de bons résultats (SHIMKIN : 29 cas favorables sans récidives après 7 ans d'observation ; SUGAR).

Mais *deux complications sérieuses*, et relativement fréquentes, *menacent l'évolution* post-opératoire (G. VACHERET, SUGAR, nos observations personnelles) :

- *la récurrence* des végétations à partir de la muqueuse du fornix abaissée ;
- *l'entropion* de la paupière supérieure dû à la rétraction de la face interne de la paupière par suite du manque de tissu : ses conséquences vont du dommage esthétique au trichiasis.

La qualité parfois discutable des résultats de cette intervention a amené aussi à rechercher une amélioration.

D. — *L'excision des lésions palpébrales suivie de greffe de muqueuse buccale* paraît ne pas présenter les inconvénients des méthodes précédemment analysées.

Proposée en 1934 par I. GOLDSTEIN, cette technique ne fut l'objet d'aucune autre publication avant 1953, où le Professeur L. PAUFIQUE présente à la Société d'Ophtalmologie de Lyon quatre résultats favorables obtenus entre 1946 et 1953.

Aujourd'hui, après 18 années d'expérience, il nous paraît intéressant d'exposer en détails la méthode employée à la Clinique Ophtalmologique de Lyon par le Professeur L. PAUFIQUE et ses collaborateurs.

TECHNIQUE OPERATOIRE

Trois temps successifs :

- excision des tissus pathologiques ;
- prélèvement d'un greffon de muqueuse buccale ;
- mise en place du greffon.

1 — L'excision des tissus pathologiques

2 fils tracteur 0.0. sont placés sur le bord palpébral à l'union du 1/3 interne et du 1/3 moyen, et à l'union du 1/3 interne et du 1/3 moyen. La paupière est alors retournée sur plaque.

L'excision des tissus pathologiques est effectuée soit au couteau, soit au ciseau, soit au rasoir de Bœck. *Son étendue constitue un facteur capital dans la réussite de l'intervention.* Les tissus pathologiques doivent être excisés totalement, tant en surface qu'en profondeur ;

- *en surface* : l'excision doit déborder largement et en tous sens les limites de la zone envahie par les végétations. On s'appliquera notamment à bien nettoyer les extrémités interne et externe de la paupière que le retournement sur plaque n'expose pas toujours très bien, tandis qu'en arrière, l'incision de la conjonctive sera pratiquée au-delà du bord supérieur du tarse ;
- *en profondeur* : comme nous avons montré, il est indispensable d'enlever les *couches profondes du tarse*, car les laisser en place exposerait aux récidives ; de plus, la paupière serait trop épaisse en fin d'intervention.

2 — Prélèvement du greffon de muqueuse buccale

Il sera fait selon la technique habituelle. Cependant, quelques points particuliers sont importants :

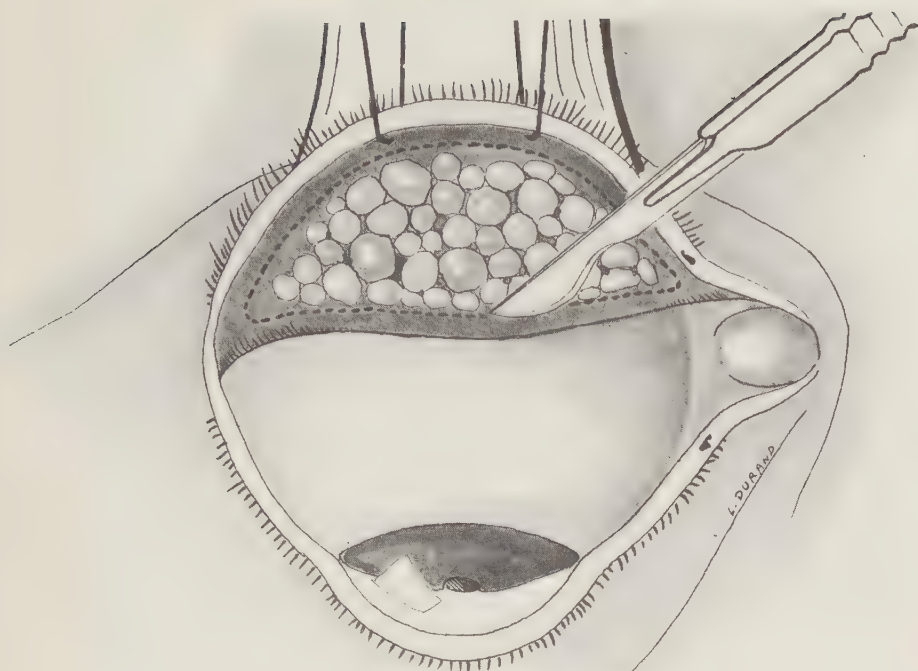
- Le prélèvement doit être fait *à la lèvre*, et non sur la joue, qui fournit une muqueuse trop épaisse.
- *Le greffon doit être grand* : ses dimensions dépassent nettement celles de la surface à recouvrir ;
- *Le greffon doit être mince* : on s'efforcera d'atteindre ce but autant que possible en infiltrant la muqueuse au préalable, en prélevant au rasoir ou avec l'appareil de Castroviejo, ou en dégraissant le greffon déroulé sur une compresse humide à l'aide de ciseaux tenus à plat.

3 — Mise en place du greffon

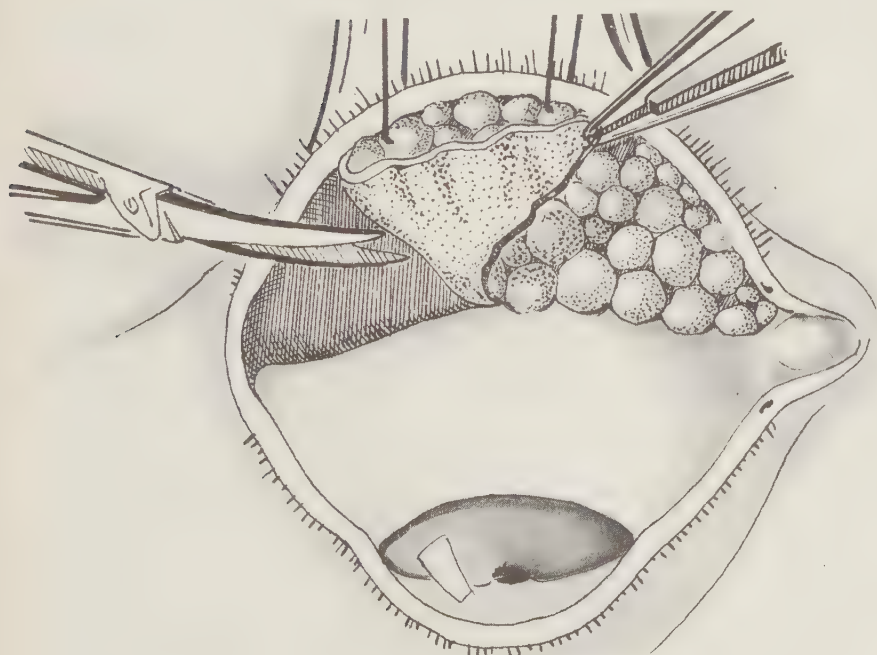
Le greffon appliqué sur la surface cruentée sera suture soigneusement par de nombreux points séparés à la soie 5-0 (0.0.0.0.0.).

4 — Les soins post-opératoires

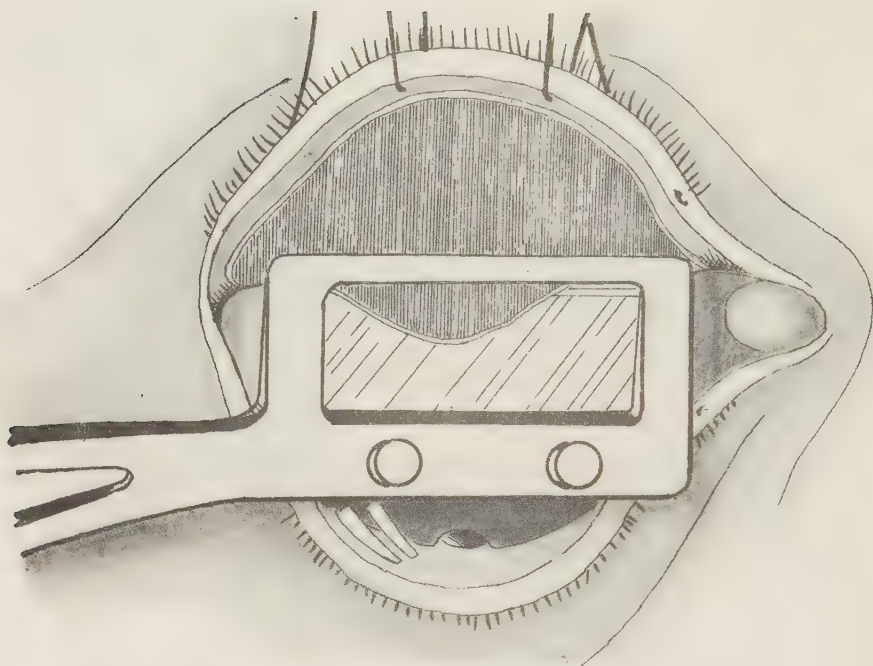
- On instillera fréquemment un collyre antibiotique.
- On pratiquera chaque jour, dès le lendemain de l'intervention, un lavage au sérum.
- Enfin, au 8^e jour après l'intervention, on pourra enlever les points.



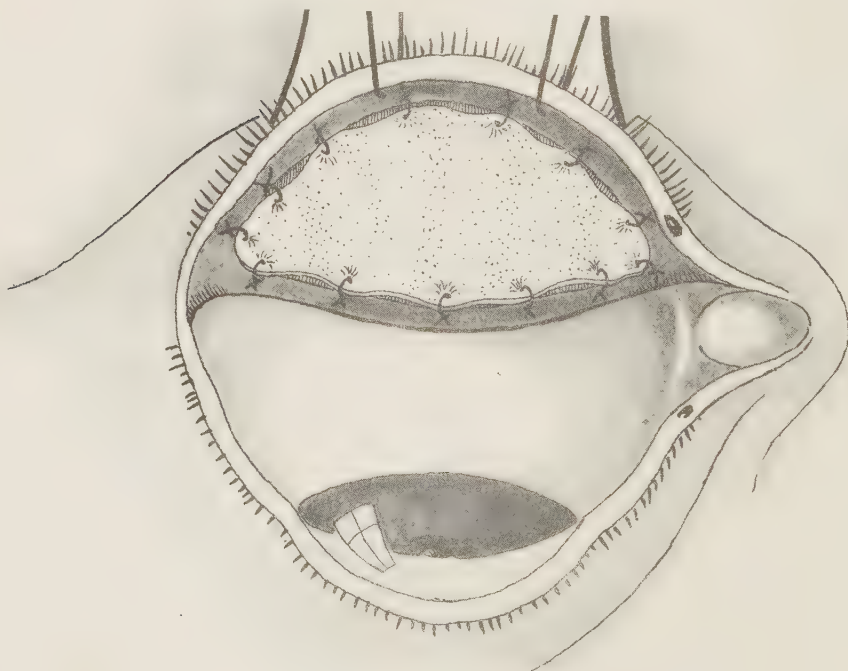
Tracé de l'incision conjonctivale



Résection des lésions conjonctivales



Clivage des couches profondes du Tarse



Etat final après mise en place du greffon de muqueuse buccale

OBSERVATIONS

OBSERVATION N° 1

François B..., 15 ans, né le 2 mai 1946.

Conjonctivite Printanière évoluant depuis 5 ans, malgré divers traitements médicaux.

HOSPITALISATION le 22 mars 1961.

Œil droit :

- Visus : $1/10^{\circ}$ ($0^{\circ} - 3$) + 1.
- Lampe à fente :
 - kératocone ;
 - pas d'ulcération cornéenne ;
 - conjonctive bulbaire : normale ;
 - conjonctive tarsale sup. : « *pavage* » caractéristique, très exubérant, pseudotumoral.
- Fon d'œil : normal.

Œil gauche :

- Visus : $4/10^{\circ}$, non améliorable.
- Lampe à fente :
 - kératocone ;
 - conjonctives bulbaire et palpébrale normales.
- Fond d'œil : normal.

INTERVENTION le 24 mars 1961 :

O.D. : Excision de la conjonctive tarsale et des couches profondes du tarse qui sont hypertrophiées, suivie de greffe de muqueuse buccale.

EXAMEN le 14 octobre 1961 :

Excellent état anatomique. Disparition des signes fonctionnels irritatifs.

EXAMEN le 16 mai 1964 .

Etat palpébral excellent ; pas de récurrence du « *pavage* ».

A pu reprendre une scolarité normale.

Greffe de cornée à faire prochainement (Kératocone O.D.G.).

RÉSUMÉ. — *Conjonctivite Printanière à forme unilatérale, très exubérante, associée à un kératocone. Excision des lésions suivie de greffe de muqueuse buccale.*

Disparition complète des signes irritatifs.

Pas de récidives après 3 ans d'observation.

OBSERVATION N° 2

Roger C..., 11 ans, né en 1934.

Conjonctivite Printanière évoluant depuis 3 ans, avec poussées saisonnières et signes fonctionnels importants (photophobie, douleurs oculaires, larmolement), malgré le traitement médical.

HOSPITALISATION le 11 août 1945 :

Œil droit :

— Visus : 1/6°, photophobie.

— L.A.F. :

— petit ulcère cornéen rond, à fond épithélialisé ;

— conjonctive bulbaire : R.A.S. ;

— conjonctive tarsale sup. : *pavage par de gros éléments aplatis.*

Œil gauche :

— Visus : 1/6°, photophobie.

— L.A.F. :

— pas d'ulcération cornéenne.

— conjonctive bulbaire : R.A.S. ;

— conjonctive tarsale sup. : *pavage par de gros éléments aplatis.*

INTERVENTION le 23 août 1945.

O.D.G. : pelage de la conjonctive tarsienne sup.

Examen histologique : épithélium malpighien dont quelques cellules sont le siège de dégénérescence vacuolaire caliciforme. Chorion richement vascularisé, infiltré par de très nombreux plasmocytes et éosinophiles.

REHOSPITALISATION le 13 avril 1946.

Réapparition des signes fonctionnels.

L.A.F. - O.D.G. : *conjonctive tarsale sup. envahie par de gros nodules hyperhémisés.*

INTERVENTION le 19 avril 1946.

O.D.G. : excision des lésions conjonctivales palpébrales suivie de greffe de muqueuse buccale.

Examen histologique : sous un épithélium malpighien ayant dans l'ensemble une disposition papillaire, on retrouve une infiltration cellulaire assez polymorphe, paraissant dans l'ensemble riche en éosinophiles.

EXAMEN le 14 mai 1964.

Malgré l'arrêt de tout traitement, n'a jamais présenté la moindre récurrence.

Disparition de tout signe fonctionnel.

Œil droit :

— Visus : 8/10^{es} (180° — 2,50).

Pa. 2.

— L.A.F. : excellent état de la conjonctive palpébrale ; cornée : R.A.S.

Œil gauche :

— Visus : 7/10^{es} (175° — 2).

Pa. 2.

— L.A.F. : excellent état de la conjonctive palpébrale ; cornée : R.A.S.

RÉSUMÉ. — *Conjunctivite Printanière* à forme palpébrale bilatérale, avec signes fonctionnels importants et ulcère rond de la cornée.

Récurrence après pelage conjonctival.

Excision des lésions conjonctivales suivie de greffe de muqueuse buccale.

Disparition de tout signe fonctionnel.

Pas de récurrence après 18 ans d'observation.

OBSERVATION N° 3

Michel C..., 18 ans, né en 1936.

Conjunctive Printanière évoluant depuis 1 an 1/2 avec poussées saisonnières très pénibles, malgré le traitement par Cortisone locale et deux séances de Bêta-thérapie en avril 1954 et juin 1954.

HOSPITALISATION le 14 septembre 1954.

Œil droit :

— Visus : 1/3, non améliorable.

— L.A.F. :

— pas d'ulcération cornéenne ;

— conjonctive bulbaire : normale ;



Etat de la conjonctive palpébrale supérieure avant l'intervention :
"pavage très végétant".



Etat de la conjonctive palpébrale sup, 2 ans après l'intervention.

— conjonctive tarsale sup. : *pavage extrêmement végétant*.

Œil gauche :

— Visus : 2/3, non améliorable.

— L.A.F. :

— pas d'ulcération cornéenne ;

— conjonctive bulbaire : normale ;

— conjonctive tarsale sup. : *pavage très végétant*.

INTERVENTION le 19 septembre 1954.

O.D.G. : excision des lésions conjonctivales palpébrales, suivie de greffe de muqueuse buccale.

Examen histologique :

Première coupe en épaisseur : grosses lésions inflammatoires au niveau de la conjonctive avec congestion très importante de vaisseaux. Dans l'épithélium, infiltration cellulaire très polymorphe avec lymphocytes, plasmocytes, peu d'éosinophiles. Début d'organisation histiocytaire.

Deuxième coupe à plat : on trouve dans les formations glandulaires un tissu purulent avec leucocytes altérés.

EXAMEN le 23 avril 1964.

Excellent état anatomique. *Disparition de tout signe fonctionnel.*

Aucune récurrence.

RÉSUMÉ. — *Conjonctivite Printanière à forme palpébrale bilatérale extrêmement végétante*. S.F. importants, malgré Cortisone et Bêta-thérapie.

Excision des lésions conjonctivales, suivie de greffe de muqueuse buccale.

Résultat anatomique et fonctionnel excellent.

Pas de récurrence après 9 ans 1/2 d'observation.

OBSERVATION N° 4

Marcel C..., 13 ans, né en 1940.

Conjonctivite Printanière évoluant depuis 2 ans, traitée par :

— Bêta-thérapie (2 séances) ;

— A.C.T.H. : 3 fois 100 mg ; 3 fois 75 mg ; 3 fois 50 mg ; qui n'apportent qu'un soulagement transitoire.

HOSPITALISATION le 31 mars 1953.

Œil droit :

— L.A.F. :

- pas d'ulcération cornéenne ;
- conjonctive bulbaire : normale ;
- conjonctive tarsale sup. : petite prolifération folliculaire avec quelques « pavés » à la limite interne du tarse.

Œil gauche :

— L.A.F. :

- pas d'ulcération cornéenne ;
- conjonctive bulbaire : normale ;
- conjonctive tarsale sup. : « pavée » par de nombreux éléments lardacés et translucide, bordée par une sécrétion particulièrement abondante.

INTERVENTION le 15 avril 1953.

O.G. : excision des lésions conjonctivales palpébrales, suivie de greffe de muqueuse buccale.

MAI 1953.

O.G. : le greffon est mince et bien en place ; cependant, récidive du « pavage » dans le cul-de-sac sup., en dehors du greffon.

Cette récidive sera guérie par la Bétathérapie.

MARS 1954.

O.D.G. : état conjonctival satisfaisant.

O.G. : Kératite ponctuée superficielle et Ulcéré rond de la cornée à fond plat, grisâtre, peu creusant, sur le méridien de 1 heure.

Echec du traitement médical (injections sous-conjonctivales d'Atropine et de Bleu de méthylène).

Le 16 avril 1954. Kératectomie, qui enlève facilement les lésions ulcéreuses.

EXAMEN le 1^{er} décembre 1956.

Bon état tant cornéen que conjonctivale. Pas de récidive.

RÉSUMÉ. — Conjonctivite Printanière à forme palpébrale bilatérale, prédominant nettement à gauche.

Excision des lésions conjonctivales, suivie de greffe de muqueuse buccale. O.G. seul.

Suivie d'une récidive précoce en dehors du greffon ; guérie par Bétathérapie.

Apparition 1 an après d'une K.P.S. et d'un ulcère rond torpide, guéri par Kératectomie.

Bon résultat final après 4 ans d'observation.

OBSERVATION N° 5

Pierre C..., 7 ans, né en 1947.

Conjonctive Printanière évoluant depuis 2 ans ; traitée par :

— corticoïdes locaux ;

— Bêthérapie : 3 séances de 10 mn à chaque œil ;

— A.C.T.H. : 3 fois 100 mg ; 3 fois 75 mg ; 3 fois 50 mg.

L'enfant reste cependant très gêné par des démangeaisons et une photophobie intense.

HOSPITALISATION le 26 octobre 1955.

Œil droit :

— L.A.F. :

— pas d'ulcération cornéenne ;

— conjonctive bulbaire : normale ;

— conjonctive tarsale sup. : « *pavage* » caractéristique avec plusieurs gros éléments isolés.

Œil gauche :

— L.A.F. : *aspect symétrique* à celui de l'œil droit.

INTERVENTION le 10 octobre 1955 : O.G.

le 21 octobre 1955 : O.D.

Excision des lésions conjonctivales palpébrales, suivie de greffe de muqueuse buccale.

EXAMEN le 14 mai 1964.

Disparition de tout signe fonctionnel. Pas de récurrence.

— Visus :

O.D. : 5/10^{es} (10° — 1,50) — 2.

O.G. : 7/10^{es} (170° — 2,50) — 1.

— L.A.F. : excellent état conjonctival ; greffon mince, bien en place.

RÉSUMÉ. — *Conjonctivite Printanière à forme palpébrale bilatérale.*

Echec du traitement médical (corticoïdes locaux et généraux ; Bêthérapie).

Excision des lésions conjonctivales, suivie de greffe de muqueuse buccale.

Résultat anatomique et fonctionnel excellent, *sans récurrence après 9 ans d'observation.*

OBSERVATION N° 6

Gérard C..., 15 ans, né en 1942.

Conjonctivite Printanière évoluant depuis 8 mois, traitée par moyens médicaux et, à deux reprises, *par coagulation des végétations* rapidement suivie de récurrence.

HOSPITALISATION le 18 mars 1957.

Œil droit :

— Visus : 12/10^{es}.

— L.A.F. :

— conjonctive rigoureusement normale ;

Œil gauche :

— Visus : 8/10^{es}.

— L.A.F.

— pas d'ulcération cornéenne ;

— discret pannus supérieur ;

— conjonctive bulbaire : normale ;

— conjonctive tarsale sup. : « *pavage* » saillant, irrégulier.

INTERVENTION le 20 mars 1957.

O.G. : *excision des lésions conjonctivales palpébrales, suivie de greffe de muqueuse buccale.*

EXAMEN le 12 mai 1964.

Aucun signe fonctionnel.

— L.A.F. :

O.G. : greffe un peu épaisse, mais bien en place, ne débordant pas.

RÉSUMÉ. — *Conjonctivite Printanière à forme palpébrale unilatérale O.G.*

Coagulations suivies de récurrences.

Excision des lésions, suivie de greffe de muqueuse buccale.

Bon résultat anatomique et fonctionnel, sans récurrence après 7 ans d'observation.

OBSERVATION N° 7

Jean-Pierre C..., 7 ans, né le 9 août 1955.

Conjonctivite Printanière évoluant depuis 1 an, avec signes fonctionnels très importants, photophobie majeure malgré le traitement par :

- corticoïdes locaux ;
- Bêthathérapie ;
- essai de désensibilisation spécifique (staphylocoque doré, colibacille et poussière de maison).

HOSPITALISATION le 18 septembre 1962.

Œil droit :

— Visus : $2/10^{es}$ ($90^\circ + 0,50$) + 1,75, amblyopie, convergence.

— L.A.F. :

- *ulcéré rond de la cornée*, de siège paracentral sur le méridien de 10 Heures, torpide, sans réaction de la chambre antérieure ;
- conjonctive bulbaire : infiltrée, pas d'élément papillaire ;
- conjonctive tarsale sup. : « *pavage* » caractéristique, très saillant.

Œil gauche :

— Visus : $7/10^{es}$ ($100^\circ + 0,50$) + 1,75.

— L.A.F. :

- pas d'ulcération cornéenne ;
- pannus supérieur ;
- conjonctive bulbaire : infiltrée ;
- conjonctive tarsale sup. : *granulations*.

INTERVENTION le 26 septembre 1962.

O.D. : excision des lésions conjonctivales palpébrales, suivie de greffe de muqueuse buccale.

Mais les suites ne sont pas satisfaisantes : le greffon est trop épais, charnu, basculant le bord palpébral. Les signes fonctionnels persistent avec nouvelle recrudescence au cours de l'été suivant et récidive de l'ulcère cornéen.

RÉINTERVENTION le 30 octobre 1963.

O.D. : ablation du greffon et mise à plat très soigneuse. Nouvelle greffe de muqueuse buccale avec un greffon très mince.

EXAMEN le 7 mars 1964.

Œil droit : pas de signes fonctionnels irritatifs.

— L.A.F. :

- les ulcères cornéens sont épithélialisés ;
- il persiste un bourrelet limbique ;
- paupière sup. : état anatomique excellent.

Œil gauche : signes fonctionnels très intenses, empêchant la scolarité.

— L.A.F. :

- multiples érosions cornéennes très superficielles ;
- bourrelet limbique supérieur ;
- conjonctive tarsale sup. : énorme « pavage », très exubérant.

INTERVENTION le 11 mars 1964.

O.G. : résection des lésions conjonctivales palpébrales au rasoir, suivie de greffe de muqueuse buccale.

EXAMEN le 14 mai 1964.

Excellent état anatomique et fonctionnel.

Les lésions limbiques ont disparu grâce à deux séances de Bétathérapie.

RÉSUMÉ. — *Conjonctivite Printanière bilatérale* rebelle avec signes fonctionnels importants.

Exérèse des lésions, suivie de greffe de muqueuse buccale *O.D.* : mauvais résultat, car greffon trop épais. Nécessite le changement du greffon.

O.G. : l'évolution des lésions conjonctivales nécessite leur exérèse, suivie de greffe de muqueuse buccale.

Bon résultat final anatomique et fonctionnel, mais l'intervention n'empêche pas la *récidive d'un ulcère rond* de la cornée et l'apparition d'une *Kératite micro-ponctuée*.

OBSERVATION N° 8

Pierre D..., 8 ans, né en 1937.

Conjonctivite Printanière évoluant depuis 4 ans. Photophobie, cils collés.

HOSPITALISATION le 11 avril 1945.

Œil droit :

- Visus : 2/3.
- L.A.F. :

- poussée vasculaire à partir du limbe ;
- petites ulcérations superficielles de la cornée ;
- conjonctive bulbaire infiltrée ;
- conjonctive tarsale sup. : « *pavage* » caractéristique.

Œil gauche :

- Visus : $2/3 + 0,50$.
- L.A.F. : *mêmes lésions qu'à l'œil droit.*

INTERVENTION le 16 avril 1945.

O.D.G. : excision de la conjonctivite tarsienne, suivie d'abaissement de la conjonctive du fornix.

Examen histologique : très importantes lésions constituées par des formations œdémateuses et par une infiltration du derme qui prédomine autour des éléments glandulaires. Ces infiltrations sont faites de lymphocytes et de polynucléaires.

INTERVENTION le 27 avril 1945.

O.G. : mise en place d'une greffe de muqueuse buccale.

EXAMEN le 14 mai 1964.

Disparition de tout signe fonctionnel irritatif.

Œil droit :

- Visus : $1/3 (90^\circ - 2) - 2$.
- L.A.F. :
 - tendance à l'entropion ;
 - pas d'ulcération cornéenne ;
 - conjonctive palpébrale saine.

Œil gauche :

- Visus : $1/3 (90^\circ - 1) - 2$.
- L.A.F. :
 - pas d'ulcération cornéenne ;
 - excellent état de la conjonctive palpébrale et du greffon.

RÉSUMÉ. — *Conjonctivite Printanière bilatérale avec pannus circulaire et kératite ponctuée superficielle.*

O.D. : excision des lésions conjonctivales palpébrales, suivie d'abaissement de la conjonctive du fornix.

O.G. : excision des lésions conjonctivales palpébrales suivie d'abaissement, puis de greffe de muqueuse buccale.

Disparition des signes fonctionnels. Pas de récurrence après 19 ans d'observation.

OBSERVATION N° 9

Jean-Paul D..., 13 ans, né le 11 novembre 1948.

Conjonctivite Printanière évoluant depuis 3 ans, avec d'abord poussées saisonnières, puis passage à la chronicité et signes fonctionnels irritatifs importants (photophobie, larmoiement), malgré le traitement par corticoïdes locaux et antibiotiques.

HOSPITALISATION le 9 mai 1961.

Œil droit :

- Visus : 10/10^{es}.
- L.A.F. :
 - discret pannus supérieur ;
 - pas d'ulcération cornéenne ;
 - conjonctive bulbaire : normale ;
 - conjonctive tarsale sup. : « *pavage* » *typique*.

Œil gauche :

- Visus : 4/10^{es}.
- L.A.F. :
 - pannus supérieur ;
 - *kératite microponctuée* et *leucome central* cicatriciel ;
 - conjonctive bulbaire : irritation diffuse ;
 - conjonctive tarsale sup. : « *pavage* » *typique*, très *saillant*.

INTERVENTION le 12 mai 1961 : O.G.

le 31 mai 1961 : O.D.

Clivage du tarse au rasoir de Bæck suivi de greffe de muqueuse buccale.

MAI 1962 : *Récidive de kératite microponctuée à l'œil gauche.*

EXAMEN le 14 mai 1964.

Aucun signe fonctionnel.

Œil droit :

- Visus : 8/10^{es}.
- L.A.F. :
 - pas d'ulcération cornéenne ;
 - conjonctive : excellent état.

Œil gauche :

— Visus : 8/10^{es}

— L.A.F. :

— pas d'ulcération cornéenne ;

— bon état conjonctival.

RÉSUMÉ. — *Conjonctive Printanière bilatérale avec Kératite ponctuée O.D.*

Excision des lésions suivie de greffe de muqueuse buccale :

Récidive de la Kératite ponctuée O.D. un an après.

Disparitions des signes fonctionnels: pas de récidive des lésions conjonctivales palpébrales après 3 ans d'observation.

OBSERVATION N° 10

Bernard D..., 8 ans, né en 1949.

Conjonctivite Printanière évoluant depuis 4 ans malgré le traitement par corticoïdes locaux.

HOSPITALISATION le 31 mai 1957.

Œil droit :

— Visus : 5/10^{es}.

— L.A.F. :

— discret pannus supérieur ;

— conjonctive bulbaire un peu infiltrée au limbe ;

— conjonctive tarsale sup. : « *pavage* » *typique, grosses végétations.*

Œil gauche :

— Visus : 5/10^{es}.

— L.A.F. : *mêmes lésions qu'à l'œil droit.*

INTERVENTION le 12 juin 1957 : O.G.

le 19 juin 1957 : O.D.

Excision des lésions conjonctivales palpébrales suivie de greffe de muqueuse buccale.

EXAMEN le 16 mai 1964 :

N'a jamais présenté de récidive, mais reste photophobique et obligé de porter des verres teintés.

Œil droit :

— Visus : 6/10^{es} (0° — 0,50).

— L.A.F. :

- pas de végétation conjonctivale ;
- greffon un peu charnu ;
- pas d'ulcération cornéenne.

Œil gauche :

- Visus : 7/10^{es} (0° — 0,50).
- L.A.F. :
 - pas de végétation conjonctivale ;
 - greffon un peu charnu ;
 - pas d'ulcération cornéenne.

RÉSUMÉ. — *Conjonctivite Printanière* à forme palpébrale bilatérale végétante.

Excision des lésions suivie de greffe de muqueuse buccale.

Pas de récurrence, mais reste photophobique. Greffon un peu charnu.

7 ans d'observation.

OBSERVATION N° 11

Gérard G..., 11 ans et demi, né le 18 novembre 1948.

Conjonctivite Printanière évoluant depuis 5 ans, déjà traitée par :

- corticoïdes locaux ;
- autohémothérapie en 1958 ;
- A.C.T.H. : 40 mg. deux fois par semaine en 1960.

Cependant l'enfant reste extrêmement photophobique et larmoyant.

HOSPITALISATION le 1^{er} juillet 1960.

Œil droit :

- L.A.F. :
 - pas d'ulcération cornéenne ;
 - conjonctive bulbaire : normale ;
 - conjonctive tarsale sup. : « *pavage* » typique, très épais.

Œil gauche :

- L.A.F. :
 - pas d'ulcération cornéenne ;
 - conjonctive tarsale sup. : « *pavage* » typique, moins proliférant qu'O.D.

INTERVENTION le 4 juillet 1960 :

O.D. : *excision des lésions conjonctivales palpébrales suivie de greffe de muqueuse buccale.*

EXAMEN le 14 mai 1964 :

Le malade reste assez photophobique.

Œil droit :

— Visus : 10/10^{es} (10° + 1) — 0,50.

— L.A.F. :

— pas d'ulcération cornéenne ;

— pas de végétation conjonctivale ;

— *greffon un peu charnu.*

Œil gauche :

— Visus : 10/10^{es} (170° — 0,50).

— L.A.F. :

— pas d'ulcération cornéenne ;

— « *pavage* » aux extrémités du tarse.

RÉSUMÉ. — *Conjonctivite Printanière à forme palpébrale bilatérale, prédominant à droite ; rebelle au traitement médical.*

O.D. : *excision des lésions suivie de greffe de muqueuse buccale.*

Reste photophobique :

— *greffon O.D. un peu charnu ;*

— *persistance des lésions Œil gauche non opéré.*

Pas de récidence O.D. après 4 ans d'observation.

OBSERVATION N° 12

Jacques H..., 24 ans, né en 1922.

Conjonctivite Printanière évoluant depuis 15 mois, sur un mode subchronique avec signes fonctionnels importants.

HOSPITALISATION le 15 juillet 1946.

Œil droit :

— Visus : 10/10^{es}.

— L.A.F. :

— pas de lésion cornéenne ;

— conjonctive bulbaire : normale ;

— conjonctive tarsale sup. : « *pavage* » par de nombreux éléments très volumineux.

Œil gauche :

— Visus : 10/10^{es}.

— L.A.F. : *mêmes lésions qu'à l'Œil droit.*

INTERVENTION le 17 juillet 1946 :

O.D.G. : *excision des lésions conjonctivales palpébrales suivie de greffe de muqueuse buccale.*

Examen histologique : énormes lésions inflammatoires constituées par de larges nappes lymphoïdes, par une infiltration diffuse des éléments cellulaires polynucléaires et éosinophiles. De plus il existe une vasodilatation angiomateuse, une exsudation œdémateuse très importantes.

RÉHOSPITALISATION le 5 mai 1949 :

Après 8 mois de calme, les signes fonctionnels ont repris.

L.A.F. : O.D.G. : greffons en parfait état.

Récidive des végétations en dehors des limites des greffons.

INTERVENTION le 11 mai 1949 :

O.D.G. : *après excision des trois zones de récurrence, en dehors des greffons, mise en place de lambeaux de muqueuse buccale en ces trois zones.*

EXAMEN le 9 juin 1949 :

O.D.G. : greffons bien en place.

Par ailleurs muqueuse rose, souple.

RÉSUMÉ. — *Conjonctivite Printanière à forme palpébrale bilatérale.*

O.D.G. : *excision des lésions suivie de greffe de muqueuse buccale.*

Mais les greffes sont trop petites : 8 mois plus tard récidives en dehors des greffons, nécessitant une réintervention : excision des récidives et greffe de muqueuse buccale à leur niveau. Malade perdu de vue depuis.

OBSERVATION N° 13

Ahmed K..., 20 ans, né en 1937.

Conjonctivite Printanière évoluant depuis 3 ans, avec photophobie importante à recrudescence saisonnière.

HOSPITALISATION le 10 octobre 1957.

Œil droit :

— Visus : 10/10^{es}.

— L.A.F. :

- discret pannus supérieur ;
- pas d'ulcération cornéenne ;
- conjonctive bulbaire : normale ;
- conjonctive tarsale sup. : « *pavage* » caractéristique, très développé.

Œil gauche :

- Visus : 10/10^{es}.
- L.A.F. :
 - discret pannus ;
 - conjonctive tarsale sup. : « *pavage* » typique, plus discret qu'à l'O.D.

INTERVENTION le 16 octobre 1957 :

O.D. : excision des lésions conjonctivales palpébrales suivie de greffe de muqueuse buccale.

Les suites précoces sont troublées par l'apparition d'un ulcère rond de la cornée qui guérit en 1 mois par le traitement médical.

RÉSUMÉ. — Conjonctivite Printanière bilatérale prédominant à droite.

O.D. : excision des lésions suivie de greffe de muqueuse buccale.

Apparition précoce d'un ulcère rond de la cornée.

Malade perdu de vue depuis.

OBSERVATION N° 14

Sami K..., 7 ans, né le 31 juillet 1955.

Conjonctivite Printanière évoluant depuis 4 ans sur le mode subchronique, avec photophobie et démangeaisons très marquées malgré le traitement médical.

HOSPITALISATION le 9 octobre 1962.

Œil droit :

- L.A.F. :
 - pas de lésion cornéenne ;
 - conjonctive bulbaire : normale ;
 - conjonctive tarsale sup. : « *pavage* » caractéristique avec plusieurs gros éléments.

Œil gauche :

— L.A.F. :

- pas de lésion cornéenne ;
- conjonctive bulbaire : normale ;
- conjonctive tarsale sup. : « *pavage* », *plus fin qu'à l'O.D.*

INTERVENTION le 22 octobre 1962 : O.G.

le 31 octobre 1962 : O.D.

Excision des lésions conjonctivales palpébrales suivie de greffe de muqueuse buccale.

EXAMEN le 14 septembre 1963 :

- pas de récurrence ;
- bon résultat anatomique et fonctionnel.

RÉSUMÉ. — *Conjonctivite Printanière à forme palpébrale bilatérale. Excision des lésions suivie de greffe de muqueuse buccale.*

Bon résultat après 1 an d'observation. Perdu de vue depuis.

OBSERVATION N° 15

Roland L..., 8 ans, né en 1953.

Conjonctivite Printanière évoluant depuis 3 ans avec larmoiement et photophobie intenses, malgré divers traitements médicaux.

HOSPITALISATION le 17 mars 1961.

Œil droit :

— L.A.F. :

- pas de lésion cornéenne ;
- conjonctive bulbaire : normale ;
- conjonctive tarsale sup. : « *pavage* » *caractéristique, très important.*

Œil gauche :

— L.A.F. : *mêmes lésions qu'à l'œil droit.*

INTERVENTION le 20 mars 1961 : O.G.

le 3 mai 1961 : O.D.

Excision des lésions conjonctivales palpébrales suivie de greffe de muqueuse buccale.

EXAMEN le 16 mai 1964 :

Etat anatomique satisfaisant, mais a présenté au printemps 1963 un épisode de photophobie qui a cédé rapidement aux instillations de corticoïdes (Kératite ponctuée ?).

RÉSUMÉ. — *Conjonctivite Printanière à forme palpébrale bilatérale. Signes irritatifs importants. Excision des lésions suivie de greffe de muqueuse buccale.*

Pas de récurrence palpébrale, mais un épisode de Kératite ponctuée, après 3 ans d'observation.

OBSERVATION N° 16

Manuel Le G..., 10 ans, né en 1948.

Conjonctivite Printanière évoluant depuis 1 an.

HOSPITALISATION le 4 juin 1958.

Œil droit :

— L.A.F. :

— *ulcère rond de la cornée, de siège paracentral, temporal sup., grisâtre, bien limité, d'allure atone ; prenant les colorants ;*

— conjonctive bulbaire : normale ;

— conjonctive tarsale sup. : « *pavage* » très exubérant avec énormes végétations.

Œil gauche :

— Visus : 7/10^{es}.

— L.A.F. :

— pas de lésion cornéenne ;

— conjonctive bulbaire : normale ;

— conjonctive tarsale sup. : mêmes lésions qu'à l'O.D.

INTERVENTION le 11 juin 1958 : O.D.

le 25 juin 1958 : O.G.

O.D.G. : excision des lésions conjonctivales palpébrales suivie de greffe de muqueuse buccale.

RÉHOSPITALISATION le 23 septembre 1958 :

— bon état anatomique ;

— l'ulcère cornéen O.D. est cicatrisé ;

— mais *apparition O.G. d'un ulcère rond de la cornée, torpide*, qui sera traité par *kératectomie* le 1^{er} octobre 1958, mais *récidive* et nécessite une *kératoplastie lamellaire* le 24 octobre 1958.

EXAMEN le 15 mai 1964 :

Aucune récurrence ni des lésions conjonctivales, ni des lésions cornéennes.

— Visus :

O.D. : 3/10^{es} (astigmatisme irrégulier) ;

O.G. : 1/10^e (astigmatisme irrégulier).

— L.A.F. :

O.D.G. : *excellent état de la conjonctive palpébrale.*

RÉSUMÉ. — *Conjonctivite Printanière bilatérale avec ulcère cornéen O.D. guéri par le traitement médical.*

O.D.G. : *excision des lésions conjonctivales suivie de greffe de muqueuse buccale.*

L'intervention guérit les lésions conjonctivales qui ne récidivent pas après 5 ans d'observation, mais n'empêche pas l'apparition à l'O.G. d'un ulcère rond de la cornée, torpide, qui nécessite une kératoplastie lamellaire.

OBSERVATION N° 17

Lucette L..., 19 ans, née en 1943.

Conjonctivite Printanière évoluant depuis 1 an et demi sur le mode chronique : larmoiement, brûlures, sensations de corps étranger, de gravier.

Traitée par :

— corticoïdes locaux, puis généraux, sans amélioration ;

— *excision des lésions conjonctivales palpébrales suivie d'abaissement de la conjonctive du cul-de-sac supérieur O.D. : importante récurrence 2 mois plus tard.*

HOSPITALISATION le 30 août 1962.

Œil droit :

— Visus : 10/10^{es} (90° + 1,50) — 1.

— L.A.F. :

— discret pannus ;

— pas d'ulcération cornéenne ;

— conjonctive bulbaire : normale ;

— conjonctive tarsale sup. : *énorme « pavage » par de grosses papilles saillantes.*

Œil gauche :

— Visus : 10/10^{es} (90° + 1,25) — 0,75.

— L.A.F. :

- discret pannus ;
- cornée non ulcérée ;
- conjonctive bulbaire : normale ;
- conjonctive tarsale sup. : énorme « pavage » très saillant.

INTERVENTION le 7 septembre 1962 : O.G.

le 17 septembre 1962 : O.D.

Excision des lésions conjonctivales palpébrales suivie de greffe de muqueuse buccale.

EXAMEN le 16 mai 1964 :

A présenté en 1963 une poussée de Kératite ponctuée, guérie par corticoïdes.

Le malade reste très photophobique, obligé de porter constamment des verres teintés, bien que l'état anatomique au niveau des 2 greffes soit excellent.

RÉSUMÉ. — Conjonctivite Printanière bilatérale. Récidive après abaissement de la conjonctive du Fornix.

Excision des lésions suivie de greffe de muqueuse buccale O.D.G.

Excellent résultat anatomique ; pas de récurrence palpébrale après 1 an et demi d'observation ; mais poussée de kératite ponctuée l'année suivante et persistance d'une photophobie importante.

OBSERVATION N° 18

Affif M..., 7 ans, né en 1954.

Conjonctivite Printanière évoluant depuis plusieurs années sur un mode subchronique avec de violentes poussées aux beaux jours, malgré le traitement par :

— corticoïdes locaux : n'atténuant que très peu les signes fonctionnels ;

— *excision des végétations palpébrales suivie d'abaissement de la conjonctive du fornix : récurrence quelques mois plus tard ;*

— *essai de désensibilisation spécifique* (staphylocoque doré, pneumocoque) procure une amélioration temporaire, suivie de récurrence avant la fin de la cure.

HOSPITALISATION le 10 juin 1961.

Œil droit :

— L.A.F. ;

- *ulcère rond de la cornée*, de siège central ;
- conjonctive bulbaire : normale ;
- conjonctive tarsale sup. : « *pavage* » *typique*.

Œil gauche :

- L.A.F. :
 - *ulcère rond de la cornée*, de siège central ;
 - conjonctive bulbaire : normale ;
 - conjonctive tarsale sup. : « *pavage* » *plus important qu'à l'O.D.*

INTERVENTION le 16 juin 1961 : O.G.

le 9 juillet 1961 : O.D.

Excision des lésions conjonctivales palpébrales suivie de greffe de muqueuse buccale.

RÉHOSPITALISATION le 7 septembre 1961.

O.D.G. :

— *persistance des ulcères cornéens ronds*, malgré le traitement médical (Atropine, bleu de méthylène, néosynéphrine). Nécessite un *curetage* le 29 septembre 1961 :

— les greffes ont bon aspect, mais sont un peu petites : *récidive du pavage en périphérie*. Traitement par :

- Bétathérapie : 1 séance,
- A.C.T.H. : 25 mg./semaine.

EXAMEN le 25 octobre 1961 :

Excellent état cornéen et palpébral.

Arrêt de tout traitement.

RÉSUMÉ. — *Conjonctivite Printanière bilatérale rebelle, ayant récidivé après abaissement de la conjonctive du fornix, avec ulcère rond de la cornée O.D.G.*

Excision des lésions suivie de greffe de muqueuse buccale. O.D.G.

Greffes trop petites : récidive en périphérie ; traitée médicalement.

Curetage des ulcères cornéens.

Bon résultat final après 4 mois d'observation ; perdu de vue depuis.

OBSERVATION N° 19

Eliane M..., 8 ans, née en 1938.

Conjonctivite Printanière évoluant depuis 2 ans. Larmoie-
ment, photophobie. Traitement non connu.

HOSPITALISATION le 29 juin 1946.

Œil droit :

— Visus : 10/10^{es}.

— L.A.F. :

— *taie cornéenne* de siège temporal sup., assez étendue, séquelle d'un ulcère cornéen ;

— *conjonctive tarsale sup.* : « *pavage* » très important par des végétations de taille diverse.

Œil gauche :

— Visus : 10/10^{es}.

— L.A.F. : *cornée et conjonctive normales.*

INTERVENTION le 5 juillet 1946 :

O.D. : excision des lésions conjonctivales palpébrales suivie de greffe de muqueuse buccale.

Examen histologique : tissu granulomateux avec nombreux néovaisseaux séparés par du tissu collagène, infiltré par de très nombreux lymphocytes et plasmocytes. L'épithélium est presque totalement abrasé.

EXAMEN le 16 mai 1964 :

Disparition de tout signe fonctionnel.

L.A.F. :

— O.G. : R.A.S.

— O.D. :

— *taie cornéenne* ;

— greffon en excellent état, non charnu, ne recouvrant pas tout le tarse ;

— *conjonctive normale* en périphérie.

RÉSUMÉ. — *Conjonctive Printanière unilatérale droite.*

Excision des lésions suivie de greffe de muqueuse buccale.

Excellent résultat anatomique et fonctionnel. Pas de récédive après 18 ans d'observation.

OBSERVATION N° 20

Albert O..., 14 ans, né en 1942.

Conjonctive Printanière évoluant depuis 2 ans avec photophobie et larmoiement importants malgré les corticoïdes locaux.

HOSPITALISATION le 23 juin 1956.

Œil droit :

- Visus : $7/10^{es}$ ($100^{\circ} + 1,50$) — 0,50.
- L.A.F. :
 - discret *pannus* ;
 - pas d'ulcération cornéenne ;
 - conjonctive bulbaire normale ;
 - conjonctive tarsale sup. : « *pavage* » typique, végétations très exubérantes.

Œil gauche :

- Visus : $7/10^{es}$ ($90^{\circ} + 2$) — 1.
- L.A.F. :
 - discret *pannus* ;
 - cornée non ulcérée ;
 - conjonctive bulbaire : normale ;
 - conjonctive tarsale sup. : « *pavage* » très exubérant.

INTERVENTION le 25 juin 1956 : O.D.

le 11 décembre 1956 : O.G.

Excision des lésions conjonctivales palpébrales suivie de greffe de muqueuse buccale.

RÉHOSPITALISATION le 6 mars 1958 :

Souffre à nouveau depuis 1 mois.

L.A.F. :

- Œil droit :
 - pas de lésion cornéenne ;
 - greffon charnu, un peu bourgeonnant ;
 - récurrence du « *pavage* » en dehors du greffon.
- Œil gauche :
 - ulcère rond de la cornée, de siège paracentral supérieur ;
 - greffon mince, mais trop petit : récurrence du *pavage* au delà du greffon, plus importante qu'à l'œil droit.

INTERVENTION le 17 mars 1958 :

O.G. : excision étendue des lésions conjonctivales palpébrales suivie de greffe de muqueuse buccale plus large.

Suites précoces favorables :

- disparition des signes fonctionnels ;
- bon état palpébral O.G. ;
- cicatrisation de l'ulcère rond de la cornée O.G.

EXAMEN le 14 mai 1964 :

Le malade ressent encore par intermittence des sensations de grains de sable.

Œil droit :

— Visus : 10/10^{es} (10° — 0,75).

— L.A.F. :

- Kératite ponctuée ulcérée prenant les colorants ;
- le greffon est charnu, mais la paupière non déformée ;
- en dehors du greffon, la conjonctive ne présente pas de papilles.

Œil gauche :

— Visus : 6/10^{es} (90° + 1). — 0,25.

— L.A.F. :

- kératite ponctuée ulcérée prenant les colorants ;
- greffon un peu charnu ;
- 2 végétations à la limite du greffon.

RÉSUMÉ. — *Conjonctivite Printanière bilatérale très exubérante.*

O.D.G. : *excision des lésions suivie de greffe de muqueuse buccale.*

Mais greffons trop petits : *récidive en périphérie. Réintervention O.G.*

Persistance de *quelques signes fonctionnels liés à des poussées de Kératite ponctuée ulcérée.*

OBSERVATION N° 21

Paul P..., 9 ans, né en 1948.

Conjonctivite Printanière évoluant depuis 6 ans avec recrudescences saisonnières. Traitement non connu.

HOSPITALISATION le 20 mai 1957.

Œil droit :

— Visus : 3/10^{es}.

— L.A.F. :

- discret pannus supérieur ;
- pas d'ulcération cornéenne ;
- conjonctive bulbaire : normale ;
- conjonctive tarsale sup. : *énorme « pavage », très saillant.*

Œil gauche :

— Visus : 4/10^{es}.

— L.A.F. :

— pas de lésion cornéenne ;

— conjonctive bulbaire : bourrelet limbique ;

— conjonctive tarsale sup. : *énorme « pavage », moins saillant qu'à D.*

INTERVENTION le 22 mai 1957 : O.D.

le 5 juin 1957 : O.G.

Excision des lésions conjonctivales palpébrales suivie de greffe de muqueuse buccale.

EXAMEN le 12 mai 1964 :

Le malade présente chaque année, au mois de mai, un épisode de Kératite ponctuée avec douleurs et larmolement ; chaque fois guérison rapide par les instillations de corticoïdes.

Œil droit :

— Visus : 8/10^{es}.

— L.A.F. :

— fines ulcérations cornéennes centrales prenant les colorants ;

— état palpébral excellent.

Œil gauche :

— Visus : 8/10^{es}.

— L.A.F. :

— kératite ponctuée centrale ulcérée, prenant les colorants ;

— état palpébral excellent.

RÉSUMÉ. — *Conjonctivite Printanière bilatérale très exubérante.*

O.D.G. : excision des lésions suivie de greffe de muqueuse buccale.

Excellent résultat sur le plan palpébral, mais poussée de kératite ponctuée ulcérée chaque printemps. 7 ans d'observation.

OBSERVATION N° 22

Claude de P..., 11 ans, né en 1944.

Conjonctive Printanière évoluant depuis 1 an, d'emblée sur le mode chronique. Traitée par :

— corticoïdes et antibiotiques locaux ;

— résection et coagulation des végétations, suivie de récidive immédiate ;

— 5 séances de Bétathérapie : aucun résultat.

HOSPITALISATION le 16 août 1955.

Œil droit :

— Visus : 9/10^{es}.

— L.A.F. :

— pas de lésion cornéenne ;

— conjonctive bulbaire : normale ;

— conjonctive tarsale sup. : *discrète hyperhémie*, aucun élément caractéristique de catarrhe printanier.

Œil gauche : larmoiement et photophobie importants :

— Visus : 1/10^e.

— L.A.F. :

— infiltrat cornéen ovalaire à grand axe horizontal, de siège juxtalimbique sur le méridien de 12 heures ; ne prend pas les colorants ;

— conjonctive bulbaire : normale ;

— conjonctive tarsale sup. : « *pavage* » caractéristique avec grosses végétations bourgeonnantes.

INTERVENTION le 2 septembre 1955 :

O.G. : excision des lésions conjonctivales palpébrales suivie de greffe de muqueuse buccale.

Examen histologique : congestion des vaisseaux et infiltration importante du tissu conjonctif par des éléments inflammatoires lymphocytes, plasmocytes, polynucléaires et quelques éosinophiles.

Suites précoces : l'ulcère cornéen O.G. ne manifeste aucune tendance à la guérison : Kératectomie du quadrant sup. de la cornée le 28 octobre 1955.

EXAMEN le 14 mai 1964 :

Le malade présente à chaque printemps un discret prurit oculaire qui cède rapidement aux instillations de chloramphénicol.

Œil droit :

— Visus : 10/10^{es} — 0,50.

— L.A.F. : aucune manifestation de catarrhe printanier.

Œil gauche :

— Visus : inférieur à 1/20^e.

— L.A.F. :

- pas d'ulcération cornéenne ;
- greffon un peu charnu ;
- pas de récurrence du catarrhe printanier.

RÉSUMÉ. — *Conjonctivite Printanière unilatérale gauche avec ulcère rond de la cornée.*

Excision des lésions O.G. suivie de greffe de muqueuse buccale.

Guérit les lésions palpébrales qui ne récidivent pas après 9 ans d'observation.

Mais l'ulcère cornéen est peu influencé et nécessite une Kératectomie.

Persistance d'un discret prurit saisonnier.

OBSERVATION N° 23

Danièle R..., 9 ans, née le 11 mai 1952.

Conjonctivite Printanière évoluant depuis 4 ans. Traitement antérieur non connu.

HOSPITALISATION le 6 décembre 1961.

Œil droit :

- L.A.F. : aucune manifestation du catarrhe printanier.

Œil gauche :

- L.A.F. :
 - discret pannus ;
 - pas d'ulcération cornéenne ;
 - conjonctive bulbaire : normale ;
 - conjonctive tarsale sup. : énorme « pavage ».

INTERVENTION le 8 décembre 1961 :

O.G. : excision des lésions conjonctivales palpébrales qui sont très étendues en surface et en profondeur, suivie de greffe de muqueuse buccale.

EXAMEN le 12 mai 1964 :

Œil droit :

- Visus : 10/10^{es}.
- L.A.F. : aucune manifestation du catarrhe printanier.

Œil gauche : disparition de tout signe fonctionnel.

- Visus : 9/10^{es}
- L.A.F. :
 - état palpébral excellent ;
 - greffon mince, bien en place.

RÉSUMÉ. — *Conjonctivite Printanière unilatérale gauche.*
Excision des lésions O.G. suivie de greffe de muqueuse buc-
cale.

Guérison anatomique et fonctionnelle complète après 2 ans
et demi d'observation.

OBSERVATION N° 24

Christiane V..., 8 ans, née le 14 janvier 1954.

Conjonctive Printanière évoluant depuis 6 ans. Traitement non connu. Nécessite le port constant de verres teintés depuis 4 ans.

HOSPITALISATION le 24 septembre 1962.

Œil droit :

— Visus : 7/10^{es} (5° — 2,50).

— L.A.F. :

- discret pannus supérieur ;
- pas d'ulcération cornéenne ;
- conjonctive bulbaire : normale ;
- conjonctive tarsale sup. : *pavage important, faux ptosis.*

Œil gauche :

— Visus : 7/10^{es} (175° — 1,50).

— L.A.F. :

- *ulcère cornéen cicatrisé ;*
- conjonctive bulbaire : normale ;
- conjonctive tarsale sup. : *quelques papilles* près de l'angle interne.

INTERVENTION le 1^{er} octobre 1962 :

O.D. : excision des lésions conjonctivales palpébrales sui-
vie de greffe de muqueuse buccale.

EXAMEN le 14 mai 1964 :

La malade a présenté quelques signes fonctionnels pendant l'été 1963.

Œil droit :

— Visus : 1/4 (160° — 1,50).

— L.A.F.

- *Kératite ponctuée ulcérée* prenant les colorants ;
- conjonctive bulbaire : *quelques papilles limbiques* sur le méridien de 11 heures ;
- conjonctive tarsale sup. : *greffon charnu, saillant ;*
« *pavage* » en arrière du greffon qui est trop petit.

Œil gauche :

— Visus : 10/10^{es} (180° — 1).

— L.A.F. : quelques papilles.

RÉSUMÉ. — *Conjonctivite Printanière bilatérale, prédominant nettement à droite.*

Excision des lésions O.D. suivie de greffe de muqueuse buccale.

Persistance de signes fonctionnels car :

— *greffon trop petit : persistance de pavage en périphérie ;*

— *poussée de Kératite ponctuée ulcérée,*

1 an et demi d'observation.

OBSERVATION N° 25

Fernand V..., 8 ans, né en 1948.

Conjonctivite Printanière évoluant depuis plusieurs années.
Traitement non connu.

HOSPITALISATION le 7 septembre 1955 :

Photophobie, larmoiement importants. Prudif oculaire.

Œil droit :

— L.A.F. :

— discret pannus supérieur ;

— pas d'ulcération cornéenne ;

— conjonctive bulbaire normale ;

— conjonctive tarsale sup. : « *pavage* » *typique par de grosses végétations.*

Œil gauche :

— L.A.F. :

— discret pannus ;

— pas d'ulcération cornéenne ;

— conjonctive bulbaire : normale ;

— conjonctive tarsale sup. : « *pavage* » *typique.*

INTERVENTION le 15 septembre 1955 :

O.D. : excision des lésions conjonctivales palpébrales suivie de greffe de muqueuse buccale.

Suites précoces : en novembre 1955, apparition à l'œil droit d'un ulcère rond de la cornée, de siège central. Guérison en janvier 1956 par le traitement médical (Atropine, bleu de méthylène et antibiotiques) ;

— en décembre 1955, *récidive des lésions palpébrales du cataracte printanier à l'œil gauche et à l'œil droit en arrière du greffon qui est trop petit et trop charnu.*

INTERVENTION le 13 juillet 1956 :

O.G. : *excision des lésions conjonctivales palpébrales suivie de greffe de muqueuse buccale.*

INTERVENTION le 25 juillet 1956 :

O.D. : *large excision de la greffe précédente et de la conjonctive voisine suivie de greffe de muqueuse buccale large.*

Juillet 1957 :

— bon état palpébral ;

— *récidive de l'ulcère rond de la cornée O.D. Guérit par traitement médical.*

EXAMEN le 16 mai 1964 :

Le malade ne se plaint d'aucun signe fonctionnel.

— Œil droit :

— pas d'ulcération cornéenne ;

— greffon saillant, ectasique ;

— pas de récidive des végétations conjonctivales.

— Œil gauche :

— excellent résultat anatomique ;

— greffon mince, bien en place, pas de récidive du cataracte.

RÉSUMÉ. — *Conjonctivite Printanière bilatérale.*

Œil droit : *l'excision des lésions palpébrales suivie de greffe de muqueuse buccale est insuffisante : récidive du pavage en périphérie. Réintervention plus large.*

Par ailleurs, *apparition d'un ulcère cornéen rond récidivant.*

Œil gauche : *excision des lésions suivie de greffe de muqueuse buccale.*

Dans l'ensemble : *résultat anatomique et fonctionnel final satisfaisant après 8 ans d'observation.*

OBSERVATION N° 26

Michel V..., 13 ans, né en 1947.

Conjonctivite Printanière évoluant depuis 4 ans. Traitée par :

— collyres divers ;

- excision simple des végétations à 2 reprises : récurrence à chaque fois ;
- 5 séances de Bétathérapie : sans aucun résultat.

HOSPITALISATION le 17 juillet 1960 :

Photophobie et larmoiement intenses.

Œil droit :

— L.A.F. :

- *ulcère rond de la cornée*, de siège central ;
- conjonctive bulbaire : normale ;
- conjonctive tarsale sup. : « *pavage* » typique, *grosses végétations*,

Œil gauche :

— L.A.F. :

- pas de lésion cornéenne ;
- conjonctive bulbaire : normale ;
- conjonctive tarsale sup. : *pavage caractéristique*.

INTERVENTION le 20 juillet 1960 :

O.D. : *excision des lésions conjonctivales palpébrales suivie de greffe de muqueuse buccale.*

Suites précoces :

- *l'ulcère cornéen O.D. guérit rapidement* par le seul traitement médical ;
- *mais la greffe O.D. est trop petite : dès novembre 1960, le pavage récidive en arrière du greffon.*

RÉINTERVENTION le 7 décembre 1960 :

O.D. : *excision de la greffe précédente et de la conjonctive voisine, suivie de greffe de la muqueuse buccale.*

RÉHOSPITALISATION le 20 mars 1961.

Œil droit :

— L.A.F. :

- l'ulcère cornéen est cicatrisé ;
- bon état palpébral.

Œil gauche :

— L.A.F. :

- *ulcère cornéen rond, de siège paracentral* ;
- conjonctive tarsale sup. : *pavage*.

INTERVENTION le 22 mars 1961 :

O.G. : *excision des lésions conjonctivales palpébrales suivie de greffe de muqueuse buccale.*

Suites :

- immédiatement bonnes sur le plan palpébral ;
- mais *l'ulcère cornéen O.G. ne cicatrise que très lentement*, malgré :
 - traitement médical ;
 - curetage et film de fibrine le 9 juin 1961 ;
 - tarsorrhaphie du 16 juin 1961 au 20 juillet 1961.

EXAMEN le 25 avril 1964 :

N'a pas présenté de récurrence. Disparition des signes fonctionnels.

Œil droit :

- Visus : 6/10^{es} faibles (astigmatisme irrégulier).
- L.A.F. :
 - cicatrice d'ulcère central ;
 - greffe un peu charnue, doublant le bord libre de la paupière.

Œil gauche :

- Visus : 3/10^{es} faibles.
- L.A.F. :
 - taie cornéenne centrale, cicatrice de l'ulcère (envisager une kératoplastie à visée optique) ;
 - état de la conjonctive palpébrale sup. satisfaisant : greffon mince, bien en place).

RÉSUMÉ. — *Conjonctive Printanière à forme bilatérale rebelle.*

Excision des lésions suivie de greffe de muqueuse buccale O.D.G.

La greffe O.D. est trop petite ; récurrence nécessitant une réintervention.

Evolution d'ulcères cornéens ronds torpides malgré le bon résultat sur le plan palpébral.

4 ans d'observation.

ANALYSE DES RESULTATS

Sur un ensemble de 72 patients hospitalisés à la Clinique Ophtalmologique de Lyon pour une Conjonctivite Printanière, 26 ont subi une excision des lésions conjonctivales palpébrales, suivie de greffe de muqueuse buccale.

Ces 26 malades présentaient une *forme rebelle de catarrhe printanier* ayant résisté à toutes les thérapeutiques appliquées jusque-là.

— Chez 19 d'entre eux (76 %), la maladie évoluait depuis au moins 2 ans :

- évolution de 2 ans : 4 cas ;
- évolution de 3 ans : 4 cas ;
- évolution de 4 ans : 6 cas ;
- évolution de 5 ans : 1 cas ;
- évolution de 6 ans : 2 cas.

Les récurrences, fréquentes, ne survenaient du reste pas électivement pendant la saison chaude, mais présentaient cependant en été une sévérité plus grande.

— Chez 6 malades (24 %), la greffe de muqueuse buccale a été pratiquée alors que la conjonctivite évoluait depuis moins d'un an et demi : ils présentaient des formes très sévères, à évolution d'emblée chronique.

— Dans ces cas, comme chez les malades précédents, on notait à l'examen de la paupière supérieure une conjonctive tarsienne hypertrophiée par des papilles géantes, réalisant l'aspect caractéristique de « pavés » proliférants, souvent exubérants, alourdissant la paupière (faux ptosis).

Tous ces malades accusaient évidemment une *gêne fonctionnelle importante*, avec larmoiement, photophobie très marquée dominant ce tableau clinique, sensation de prurit.

En outre, 15 malades (60 %) présentaient des *lésions cornéennes* : pannus, kératite micropunctuée, ulcère rond torpide.

— Chez tous ces malades, le *traitement local classique* du catarrhe printanier avait été utilisé (corticoïdes, vasoconstricteurs, antiseptiques, bétathérapie).

Dans certains cas, une *cure d'ACTH* ou un essai de *désensibilisation spécifique* avaient été tentés.

Tous ces traitements avaient été inefficaces ou n'avaient apporté qu'une amélioration transitoire suivie de récive.

— Enfin, 4 patients avaient déjà subi *une ou plusieurs tentatives de traitement chirurgical* : soit excision simple, soit grattage ou coagulation des végétations tarsiennes, suivies de récives avec reconstitution des mêmes lésions anatomiques qu'auparavant (observations n° 2, 6, 22 et 26).

De plus, 2 malades (observations n° 17 et 18) avaient *été opérés selon la technique de SHIMKIN* (excision des végétations tarsiennes suivie d'un abaissement de la conjonctive du cul-de-sac supérieur) : l'opération n'empêcha pas une récive quelques mois plus tard.

Nous analyserons ici les résultats d'un total de 40 greffes pratiquées chez ces 26 malades.

Chez 9 patients, l'intervention n'a été réalisée que d'un côté, soit parce qu'il s'agissait de formes rigoureusement unilatérales (observations n° 1, 6, 19, 22 et 23), soit de formes à très forte prédominance unilatérale (observations n° 4, 11, 13 et 24).

Chez un patient (observation n° 7), le recul est insuffisant pour juger du résultat sur le deuxième œil.

Nous apprécierons les effets de cette thérapeutique d'une part sur les lésions palpébrales, d'autre part sur l'évolution des lésions cornéennes.

I. — Résultats au point de vue palpébral

A. — *Succès définitifs : absence de récurrence : 30 yeux chez 18 opérés.*

On doit toutefois distinguer deux groupes selon la qualité des résultats :

— Dans le premier groupe on peut parler de *guérison totale*, car non seulement les lésions palpébrales sont définitivement guéries, mais encore les signes fonctionnels ont disparu totalement, l'enfant a pu reprendre une vie normale. 9 malades entrent dans cette catégorie. Le délai d'observation est de 2 ans et demi au minimum, 18 ans au maximum, dans la majorité des cas, supérieur à 3 ans.

— Dans le deuxième groupe, malgré la guérison des lésions palpébrales et l'absence de récurrence à ce niveau, la qualité de la guérison est un peu moins bonne, car l'enfant a gardé quelques signes fonctionnels, en particulier une photophobie obligeant au port continu ou discontinu de verres teintés. 9 malades entrent dans cette catégorie.

A quelle cause doit-on attribuer la persistance ou la réapparition saisonnière des signes fonctionnels ? Plusieurs facteurs interviennent, isolément ou en association :

- persistance de lésions sur l'autre œil, non opéré (3 malades) ;
- apparition d'une localisation limbique du même côté (2 malades) ;
- qualité peut-être un peu moins bonne du greffon, qui est un peu épais (2 malades) ;
- surtout, persistance ou apparition de lésions cornéennes (7 malades). Nous reviendrons sur le dernier point.

B. — *Guérison incomplète par récurrence palpébrale en dehors des limites du greffon : 10 yeux ; 8 malades.*

La récurrence s'est produite dans un délai allant de 2 mois à 2 ans (en général de 2 à 5 mois).

Chez 7 patients (observations n° 7, 12, 18, 20, 24, 25, 26), la récurrence doit être attribuée à une erreur de technique

opératoire : greffon charnu ou surtout trop petit. De nouvelles végétations sont apparues en dehors des limites de la zone greffée, en arrière ou sur les extrémités latérales du tarse.

Chez 1 patient (observation n° 4) la récurrence est survenue sur une paupière dont le greffon semblait de bonne qualité, ni trop petit, ni trop épais, en même temps qu'une poussée cornéenne. Cette récurrence a cependant guéri avec la bêta-thérapie, et sans lendemain, avec un recul de 3 ans et demi.

Parmi les 7 sujets du premier groupe, 4 ont subi une nouvelle greffe de muqueuse buccale. 3 ont été revus avec un recul suffisant : le résultat final est bon.

II. — Influence sur l'évolution des lésions cornéennes et limbiques

A. — 10 malades présentaient des lésions cornéennes avant l'intervention :

- 6 d'entre eux avaient des lésions ulcérées en pleine évolution (ulcère rond torpide) ;
- 4 avaient des lésions cicatrisées au moment de l'intervention (3 ulcères ronds épithélialisés et une taie séquella de kératite ponctuée).

Parmi ces derniers, 3 n'ont pas récidivé, tandis que l'un a présenté une poussée de kératite ponctuée un an plus tard.

Chez les 6 premiers patients, l'évolution de l'ulcère rond, dont on connaît le caractère toujours rebelle, ne semble avoir été que fort peu modifiée par l'intervention palpébrale. 4 fois l'ulcère ne montra aucune tendance spontanée à la guérison, malgré l'excellente qualité de la greffe palpébrale ; la guérison ne fut obtenue que par curetage ou même kératectomie.

Enfin 3 fois l'ulcère guérit, pour récidiver quelques mois plus tard avec la même tendance chronique désespérante.

B. — 6 patients qui ne présentaient aucune lésion cornéenne apparente avant l'intervention palpébrale, ont développé dans les mois suivants :

- soit un ulcère rond (3 cas) ;
- soit une kératite ponctuée (3 cas)

et 2 de ces patients seulement avaient un greffon de qualité médiocre (récidive palpébrale en même temps que la poussée cornéenne).

III. — Conclusion

Il semble donc permis de conclure que dans les formes sévères et rebelles de catarrhe printanier, l'excision des végétations palpébrales suivie de large greffe de muqueuse buccale donne d'excellents résultats au point de vue palpébral.

A condition que l'excision des végétations soit totale et la greffe de muqueuse buccale large et mince, on obtient une guérison définitive.

Le résultat esthétique est également parfait : le faux ptosis disparaît, la paupière retrouve un aspect normal.

Sauf exception (1 seul cas dans notre série), la survenue d'une récidive palpébrale doit être attribuée à une erreur de technique opératoire : greffe trop petite qu'il faudra compléter ou changer.

Par contre, *l'influence de l'intervention palpébrale sur les lésions cornéennes associées est beaucoup plus modeste.* Certes, les atteintes cornéennes discrètes, telles que la kératite microponctuée, semblent s'éteindre avec la guérison des manifestations palpébrales. Mais les ulcères ronds torpides, qui sont la complication cornéenne la plus sérieuse de la maladie et que l'on observe avec une particulière fréquence dans les formes sévères de Catarrhe Printanier, ne semblent pas influencés : l'ulcère continue à évoluer pour son propre compte, malgré la guérison des lésions palpébrales ; il peut même apparaître quelques mois plus tard.

Ces faits ne surprennent pas si l'on se rappelle que la *Conjonctivite Printanière n'est pas seulement une maladie de la conjonctivite tarsiennne supérieure*. Certes, les végétations palpébrales représentent la manifestation majeure et, de loin, la plus fréquente de l'affection. Elles accompagnent le plus souvent les autres localisations, plus rares, limbiques et cornéennes. On sait cependant que ces dernières peuvent, dans certains cas, apparaître et évoluer indépendamment des lésions palpébrales. Comme nous l'avons montré, la pathogénie des atteintes cornéennes est assez obscure, et relève pour une part des traumatismes exercés sur la cornée par les végétations palpébrales, et pour une autre part, probablement du même mécanisme que le Catarrhe Printanier lui-même, dont la pathogénie reste mystérieuse. Ainsi s'explique que la greffe de muqueuse buccale, qui guérit indiscutablement les lésions palpébrales, n'exerce qu'un effet modeste sur les manifestations cornéennes de la maladie.

IV. — Les indications de la greffe de muqueuse buccale dans la conjonctivite printanière

Notre expérience, basée sur l'étude d'un nombre important de Conjonctivites Printanières rebelles traitées à la Clinique Ophthalmologique de Lyon et les quelques données, assez fragmentaires, il est vrai, que nous avons pu retrouver dans la littérature, nous permettent de préciser les indications de la greffe de muqueuse buccale dans cette affection.

1° Quelles formes doit-on opérer ?

L'intervention, qui nécessite une anesthésie générale, puisqu'elle est pratiquée dans la majorité des cas chez de jeunes enfants, ne s'adresse évidemment pas à toutes les formes de Conjonctivite Printanière.

Elle doit être réservée à certaines formes rebelles ou rapidement très sévères.

A. — *Dans les formes palpébrales pures, ou à large prédominance palpébrale, l'intervention ne sera envisagée qu'après échec des thérapeutiques médicales classiques*

(corticoïdes locaux et au besoin généraux, bétathérapie), devant l'existence de lésions anatomiques importantes (pavage très marqué à tendance exubérante), s'accompagnant de signes fonctionnels très gênants.

Dans ces cas, la répétition des crises ou l'évolution sur un mode chronique sévère doivent conduire à l'intervention.

Il est difficile de fixer avec rigueur le délai minimum d'évolution à partir duquel on peut poser une indication opératoire. Ce délai varie avec chaque cas particulier. Il n'est pas, en tout cas, nous semble-t-il, justifié d'attendre plusieurs années une guérison spontanée (qui n'est d'ailleurs pas toujours certaine), au moment de la puberté. Les Conjonctivites Printanières sévères s'observent en effet avec une particulière fréquence dans les formes à début précoce ou très précoce, et l'on doit tenir compte du handicap fonctionnel, en particulier scolaire, que la maladie apporte à ces jeunes enfants.

B. — *Dans les formes limbiques :*

L'excision des lésions suivie d'une greffe de muqueuse buccale a été proposée par certains auteurs. Dor dans sa thèse rapporte un excellent résultat. Toutefois, les indications nous paraissent ici très limitées pour deux raisons :

— D'une part, parce que, à notre expérience, les lésions limbiques du Catarrhe Printanier, contrairement aux végétations palpébrales, sont remarquablement sensibles à la bétathérapie. Il suffit le plus souvent d'une ou deux séances d'application de 5 minutes pour faire disparaître les lésions, qui « fondent » littéralement en quelques jours. De plus, les injections sous-conjonctivales de corticoïdes ont également une action remarquable sur ces lésions limbiques.

— D'autre part, le résultat esthétique d'une greffe de muqueuse buccale sur le bulbe n'est pas très heureux.

2° Que peut-on attendre de l'intervention ?

Il nous paraît nécessaire de préciser ce dernier point, car si la méthode comporte de brillants succès, on ne peut toutefois lui demander plus qu'elle ne peut apporter.

En effet, quel que soit son mode d'action (purement mécanique par suppression des lésions qui semblent ne pas pouvoir se reproduire sur le greffon, auquel s'associe peut-être un effet trophique), *la greffe palpébrale de muqueuse buccale n'est pas un traitement étiologique, mais un traitement symptomatique*. Elle guérit l'atteinte palpébrale, mais *elle ne saurait, à elle seule, supprimer toutes les autres manifestations de la maladie*.

Ainsi, dans un nombre appréciable de cas (32 % dans notre série), qui correspondent aux formes purement palpébrales, sans atteinte cornéenne en particulier, l'intervention permet une guérison définitive et totale : la paupière retrouve son aspect et sa statique normaux, il n'y a pas de récurrence, les signes fonctionnels disparaissent totalement.

Lorsqu'il existe avant l'intervention une atteinte cornéenne sévère, type kératite ponctuée importante et ulcérée, ou surtout ulcère rond (40 % de notre série), l'intervention palpébrale ne constitue qu'une étape du traitement. Elle peut favoriser la cicatrisation de l'ulcère ; mais celui-ci nécessitera le plus souvent un traitement particulier (kératectomie ou même kératoplastie lamellaire) dont le succès ne se conçoit guère sans la suppression du traumatisme répété exercé par une paupière couverte de végétations.

Enfin, dans les formes très sévères de la maladie, la guérison de la paupière semble incapable de prévenir l'apparition ultérieure de végétations limbiques (2 cas dans notre série, dont un avec atteinte cornéenne) ou de complications cornéennes (6 cas).

La crainte de ces nouvelles manifestations du Catarrhe Printanier ne saurait, à notre sens, être une raison valable pour limiter les indications de l'intervention palpébrale.

Cette évolution n'est, en effet, pas la plus fréquente (28 % dans notre série) ; elle est imprévisible, et il sera de toute façon toujours possible de guérir la nouvelle atteinte par un traitement approprié (cortisone, bêta-thérapie ou intervention cornéenne selon les cas).

CONCLUSIONS

I. — *Il existe des formes de Conjonctivite Printanière rebelles ou rapidement très sévères*, caractérisées par l'association

— de lésions anatomiques très importantes et irréversibles au niveau de la conjonctive tarsienne

— et d'un ensemble de signes fonctionnels très marqués et persistants qui constituent pour ces jeunes malades *une véritable infirmité*.

Or, dans ces formes sévères :

- *les divers traitements médicaux locaux ou généraux actuellement connus, dont l'action purement symptomatique suffit à soulager les formes bénignes, se révèlent inefficaces ;*

- *les divers procédés chirurgicaux proposés par ailleurs sont insuffisants :*

— la simple destruction des végétations palpébrales par grattage, curetage ou électrocoagulation est rapidement suivie de récurrence sévère ;

— l'excision des lésions conjonctivales palpébrales suivie d'abaissement de la conjonctive du fornix, parfois pratiquée avec succès, peut aussi être suivie :

- de récurrence des lésions à partir de la conjonctive abaissée ;

- de troubles de la statique de la paupière supérieure (entropion).

II. — *Notre statistique, portant sur 40 interventions pratiquées chez 26 malades* qui présentaient des formes

sévères de Conjonctivite Printanière, montre que *l'excision des lésions conjonctivales palpébrales suivie de greffé de muqueuse buccale guérit parfaitement l'atteinte palpébrale.*

Trois points de technique opératoire sont essentiels à la réussite de l'intervention :

- *l'excision des lésions conjonctivales palpébrales doit être étendue :*

— *en surface :* elle doit *déborder largement et en tous sens la zone envahie* par les végétations. C'est là un point particulièrement important ;

— *en profondeur :* il faut cliver les couches profondes du tarse qui participent au processus pathologique ;

- *le greffon de muqueuse buccale doit être grand*, ses dimensions dépassant nettement celles de la surface à recouvrir ;

- *de plus, le greffon doit être mince.*

III. — *La guérison de l'atteinte palpébrale du Catarrhe Printanier n'a que peu d'influence sur l'évolution des manifestations cornéennes* de la maladie, dont l'étiopathogénie reste assez mystérieuse.

Vu et permis d'imprimer,

Lyon, le 5 Janvier 1965

Vu, Le Doyen :
J.-F. CIER

Le Président de la Thèse ;
Professeur PAUFIQUE

Le Recteur,
Président du Conseil de l'Université,
P. LOUIS

BIBLIOGRAPHIE

Toute la bibliographie antérieure à 1947 est contenue dans le travail de BIEGELMAN.

ABBOUD I.E. — *Bull. Ophtalm. Soc. Egypt.*, 42, 159-161, 1952.

ABBOUD I.E. — *Ophtal. Soc. Ses. Egyp.*, 4 et 5 mars 1949.

ABD A.M. et NABI F.L. — *J. Roy. Egypt. Med. Ass.*, 33, 805-806, 1950.

AGUNDIS T.M. — (Conjonctivites printanières). Vernal Conjunctivitis. *IV^e Cong. Panam. Amer. Oftal. Mexico*, 1952.

ALLANSMITH M. — (Conjonctivite printanière dans la maladie allergique). Vernal conjunctivitis in atopic disease. (*Calif. Med.*, 95, 163-164, 1961). *Surv. Ophtal.*, 7, 4, 287-288, 1962.

ALIMUDDIN M. — (Traitement de la conjonctivite printanière). The treatment of vernal conjunctivitis. *Brit. J. Ophtal.*, 39, 9, 540-544, 1955.

ALIMUDDIN M. — (Conjonctivite printanière). Vernal conjunctivitis. *Brit. J. Ophtal.*, 39, 3, 160-162, 1956.

AUTRATA. — Conjonctivites printanières avec altérations de la cornée. *Wien. Klin. Wschr.*, 61, 638, 1949.

BARON J.B. — Etudes des ions organiques et minéraux du sérum des sujets trachomateux et des sujets atteints de conjonctivite printanière. *Rev. Int. Trachome*, 32, 2, 168-176, 1955.

BARRADA M.A.E. — *Bull. Ophtal. Soc. Egypt.*, 53, 49, 115-118, 1956.

BARRIOS et BARRIÈRE. — *Arch. Soc. Oft. His. Am.*, 11, 276, 1951.

BIEGELMAN M.N. — (Conjonctivite printanière). Vernal conjunctivitis. *University of Southern California Press*, Los Angelès, 1950.

- DE BERNARDINIS et BONOVALONTA. — *Arch. di Ottam.*, 151, 9-10.
- BIETTI G.B. et FERRABOSCHI C. — Sur l'association du kératocone avec le catarrhe printanier et sur son évidence statistique. *Bull. Soc. Franç. d'Opht.*, 185-201, 1958.
- BLAMOUTIER P. — Conjunctivite dite printanière et conjunctivites allergiques. *Rev. Franç. Allerg.*, 4, 1, 32-35, 1964.
- BONNET P. — Considérations sur l'atteinte de la cornée dans la conjunctivite printanière. *Arch. Opht. Paris*, 16, 7, 143-153, 1956.
- BONNET P. et MAGNARD. — Envahissement périphérique de la cornée par un voile papillaire, probablement symptomatique d'une conjunctivite printanière de type anormal. *Soc. Ophtal. Lyon*, mars 1953.
- BOTTONE E. — *Soc. Med. Chir. di Pisa*, avril 1952.
- BOTTONE E. — *Folia Endoc.*, 5, 4, 1952.
- BOTTONE E. — *Minerva Ped.*, 16, 1954.
- BOURQUIN J.B. — Eosinophilie conjonctivale et éosinophilie sanguine. *Arch. Ophtal. Paris*, 636, 1949.
- BRAND I. — Tendances nouvelles sur le traitement des catarrhes printaniers par les anti-histaminiques. *Szemeszet.*, 90, 113-117, 1953.
- BUSACCA A. — Biomicroscopie et histopathologie de l'œil. Schweiz. Druck.-Und Verlaghaus. Ag, Zurich, 1952.
- CALMETTES L., DEODATI F., GARIPUY, ZERBIB. — Le traitement anti-allergique de la conjunctivite printanière. (*Soc. Ophtal. Midi de la France*, Toulouse, 7 décembre 1958). *Bull. Soc. Ophtal. Fr.*, 4, 298-300, 1959.
- CAPALBI S. — La prednisone (métacortandrachine) en ophtalmologie. Premières observations cliniques sur le traitement de quelques affections oculaires. *Arch. Otall. Ital.*, 59, 9-10, 423-433, 1955.
- CHARLEUX J. — La conjunctivite printanière et ses complications cornéennes. *Journal de Médecine de Lyon*, novembre 1961.
- CROSS A.G. — (Traitement chirurgical de la conjunctivite printanière persistante). Surgical treatment of persistent vernal catarrh (*Ophtal. Soc. U.K.*, London, April 9-11, 1959). *Trans. Ophtal. U.K.*, 74, 45-47, 1959.
- DOR E. — Les greffes périlimbiques de muqueuse buccale. *Thèse Marseille*, 1951.

- EBENIUS B., LARSSON S., CEDERQUIST E., CRISTAIANSSON J. — (Radiothérapie dans la conjonctivite printanière). Radiation therapy in vernal conjunctivitis. *Acta Radiol.*, Stockh., 48, 194-204, 1957. Analyse in *Yearb. Ophthal.*, 59, 270, 1958.
- FERDINANDO DI R. et GATTINI E. — *Giorn. Ital. Oftal.*, 10, 1, 3-15, 1957.
- GORDON D.M., MAC LEAN J.M., KOTEEN A. — (Etat actuel de l'emploi de l'A.C.T.H., la cortisone et l'hydrocortisone en ophtalmologie). Present status of Corticotropin (A.C.T.H.), cortisone, and Hydrocortisone in Ophthalmology. *British Journal of Ophtamology*, 37, 2, 85-98, 1953.
- GUERRERO A. PEREZ, — (Traitement de la conjonctivite printanière). En busca del tratamiento de la conjuntivitis vernal. *Rev. Oftal. Venez.*, 1, 401-408, 1956. Analyse in *Ophthal. Lit. Lond.*, 10, 4, 473, 1956.
- GUTMANN M.J. — Conjonctivite allergique pendant la saison chaude. (Conjonctivites printanières, catarrhe printanier). Remarque thérapeutique : action de la vitamine B2 (riboflavine). *Acta. Med. Orientalia*, Jerusalem, 6, 5, 167-169, 1947.
- HART E., DIMITRIOU T. — (L'irradiation de la rate et son action sur la conjonctivite printanière). Ueber Röntgenbestrahlung der Milz und ihre Heilwirkung beim Frühjahrskatarrh. *Klin. Mbl. Augenheilk.*, 25, 4, 440-444, 1954.
- HOGAN, ENGELMAN, THYGESON, KRUPP. — *Am. J. of Ophthal.*, 34, 73, 1951.
- JAYLE G.E. — Les greffes périlimbiques en pathologie cornéenne. *Année Thér. Clin. Ophthal.*, 1, 199-221, 1950.
- JONES R.B. — (Kératite printanière). Vernal keratitis. *Ophthal. Soc. U.K.*, 1961. *Trans. Ophthal. Soc. U.K.*, 18, 215-228, 1961.
- KADESKY D. — Traitement de la conjonctivite printanière par la neige carbonique. *Bull. Pract. Ophthal.*, 18, 32-34, 1948.
- KADELECOVA V. — Catarrhe printanier atypique. *Csl. Oftthal.*, 4, 427-429, 1948.
- KADELECOVA V. — Pannus dans la conjonctivite printanière. *Csl. Oftthal.*, 9, 1, 23-29, 1953.
- KUNIMOTO N. et OSOMI K. — Conjonctivites allergiques. (Vernal Conjunctivitis). *Acta Soc. Ophthal. Jap.*, 57, 1041-1048, 1953.

- LEDERMAN. — XVI^e Concilium Ophthalmologium. *Britannia Acta*, Vol. 2, 1333, 1950.
- LISCH K. — Formes rares de conjonctivites et leurs traitements. *Munch. Med. Wsch.*, 893-894, 1955.
- LO CASCIO G. — L'association riboflavine-nicotinamide dans le traitement des catarrhes printaniers. *Arch. Ottal. Ital.*, 56, 319-322, 1952.
- MAC DONALD P.R., LÉOPOLD, VOGEL I.H. — (L'hydrocortisone [composé F] en ophtalmologie). Hydrocortisone (compound F) in Ophthalmology. *Arch. Opht. Chicago*, 49, 4, 400-412, 1953.
- MAGNARD P. — Sur les manifestations cornéennes de la conjonctivite printanière. *Conférence Lyonnaise d'Ophthalmologie*, octobre 1953.
- MARTIN G. — L'enquête allergique dans la conjonctivite printanière (à propos de 32 cas). *Thèse Marseille*, 1964.
- MANDRAS G. — La bêtathérapie en ophtalmologie. *Arch. Ophtal. Paris*, 16, 8, 811-816, 1956.
- MERTHE H.J. — Désensibilisation dans l'allergie oculaire. *Soc. Ophtal. Bavière*, mai 1954.
- HERTHE H.J. — (Renseignements sur le traitement de la conjonctivite printanière). Zur Frage des Frühjahrskatarrhs. *Klin. Mbl. Augenheilk.*, 128, 1, 30-34, 1956.
- MOORE M.C. — Traitement de la conjonctivite printanière. Une série de cas traités par rayons bêta. *Clin. Rep. Adelaïde Child. Hosp.*, 2, 137-140, 1952.
- MORPURGO F. — (Altérations cornéennes dans la conjonctivite printanière). Alterazioni corneali nella congiuntivite primaverile. *Gior. Ital. Oftal.*, 4, 295-302, 1951.
- MOUTINHO E. — Thérapeutique oculaire par la cortisone en applications locales. *Bull. Soc. Belge Ophtal.*, 96, 613-614 la cortisone. *Rev. Asso. Med. Argent.*, 64, 585-587, 691-692, 1950.
- NEUMANN E., GUTMANN M.J., BLUMENKRANTZ N., MICHAELSON I.C. — (Revue sur 400 cas de conjonctivite printanière). A review of four hundred cases of vernal conjunctivitis. *Amer. J. Ophtal.*, 47, 2, 166-172, 1959.
- OGUCHI, INUKAI H., NAMBA A. — Sur la conjonctivite printanière aiguë. (*Soc. Franç. Ophtal., Paris*, 9 mai 1960). *Bull. Mém. Soc. Fr. Ophtal.*, 73, 140-143, 1960.
- OGUCHI M. — (Les réactions de la peau et de la conjonctive avec le pollen dans la conjonctivite printanière). Allergic Reactions of Skin and Conjunctiva with Pollen in Vernal Catarrh. *Jap. Journ. of Ophtal.*, vol. 2, n° 3, 1958.

- OGUCHI M. — Observations sur la cornée dans la conjonctivite printanière. *J. Clin. Ophthal. Jap.*, 11, 2, 130-132, 1957.
- OGUCHI M., KAWASE S. et NEMOTO T. — Observations statistiques sur la conjonctivite printanière. *Acta Séc. Ophthal. Jap.*, 60, 517-528, 1956.
- OPPEL L. — (Etiologie de la conjonctivite printanière). Zur Aetiologie der Conjunctivitis vernalis. *Klin. Mol. Augenheilk.*, 129, 3, 365-371, 1956.
- OPPEL O. — (Catarrhe printanier et allergie). Frühjahrskatarrh und Allergie. (*Soc. Ophthal. Heidelberg*, 8, 12 September 1957). *Ber. Dtsch. Ophthal. Ges.*, 125-129, 1957.
- OPPEL O. — (Catarrhe printanier et allergie). Frühjahrskatarrh und Allergie. *Ber. Dtsch. Ophthal. Ges.*, 61, 125-131, 1958. Analyse in *Ophthal. Lit.*, Lond., 12, 3, 296, 1958.
- PASCHEFF C. — Le pannus printanier et son évolution. *Rev. Oftal. Bucarest*, 1, 2, 283, 1948.
- PASCHEFF C. — Sur la forme annulaire progressive et concentrique du pannus vernalis. *Arch. Ophthal. Paris*, 9, 5, 596-598, 1949.
- PASCHEFF C. — Le mélanocyte dendritique de la conjonctive limbique. *Arch. Ophthal. Paris*, 9, 5, 599, 1949.
- PASCHEFF C. — Conjonctivite printanière en Bulgarie. *Bulgarska. Acad. Neukite*, 149, 13, 191, 1951.
- PAUFIQUE L. — Traitement de la conjonctivite printanière rebelle par la greffe de muqueuse buccale. (*Soc. Ophthal. Lyon*, mars 1953). *Bull. Soc. Ophthal. Fr.*, 3, 349-350, 1953.
- PAUFIQUE L. et MOREAU P.G. — Forme limbique de la conjonctivite printanière. Difficulté de diagnostic. (*Soc. Ophthal. Lyon*, 24 juin 1951).
- PAUFIQUE L. et ROUGIER. — Le traitement de la conjonctivite printanière par la cortisone et la bêtathérapie. *Bull. Soc. Ophthal. Fr.*, 2, 93-95, 1952.
- PILLAT A. — (Conjonctivite printanière). Frühjahrs Katarrh. *Soc. Ophthal. Wien.*, février 1953.
- POULIQUEN Y. — Conjonctivite printanière. *Soc. Ophthal. Paris*, 461-465, 5-9 mai 1963.
- RAPISARDA. — Action de l'Antistin dans les affections oculaires externes). Azione dell Antistin nelle Malatie oculari esterne. *Boll. Oculist.*, 29, 361-374, 1950.
- DEL RIO L.F. — Etudes endocrinologiques de la conjonctivite printanière. *Ann. Soc. Mex. Oftal.*, 22, 54-71, 1948.

- ROSSETI D. et BORIO G. — *Arch. Ottal.*, 57, 9-10, 363-368, 1953.
- ROSSI A. — *Rass. Ital. Ottal.*, 20, 1-2, 48-58, 1951.
- SAKIC D. — (Nouvelles expériences des injections d'huiles de foie de morue dans le traitement de la conjonctivite printanière). Weitere Erfahrungen mit Injektionen von ol jecoris aselli bei der Therapie der Conjunctivitis vernalis. *Æst. Ophtal. Ges.*, 283-290. Analyse in *Ophthalm. Lit.*, Dond., 14, 3, 323, 1959.
- SALVI G.L. — (Contribution clinique à l'étude de l'action thérapeutique de la cortisone et de l'A.C.T.H. dans la conjonctivite printanière). Contributo clinico allo Studio dell' Azione Terapeutica del Cortisone e dell' Ormone Adrenocorticotropo (A.C.T.H.) nella Congiuntivite primaverale. *Boll. Oculist.*, 31, 1, 46-58, 1952.
- SCHEIE H., TYNER G. — Adrenocorticotropic Hormone (A.C.T.H.) and Cortisone in Ophtalmology. *Arch. of Opht. Chicago*, 45, 3, 301-317, 1951.
- SEDAN J. — De l'esthésie cornéenne dans la kératite printanière. *Arch. Soc. Oftal. Hisp.-Amer.*, 7, 175-177, 1947.
- SHIMKIN N.I. — (Abaissement de la conjonctivite du fornix. Opération des cas graves de catarrhe printanier). Antepositio conjunctivæ fornix. Operatio in severe cases of spring catarrh. *Brit. J. Ophthalm.*, 22, 5, 287-295, 1938.
- SOBHY M. — Signes limbiques des cas de catarrhe printanier guéri, non infectés par le trachome. *Rev. Int. Trachome*, 30, 1, 143-145, 1953.
- STERN H.J. — Traitement du catarrhe printanier par la riboflavine. *Amer. J. Ophtal.*, 32, 11, 1553, 1949
- SUGAR H.S. — (La tarsectomie en cas de conjonctivite printanière et proliférante de la conjonctivite). Tarsectomy for proliferative palpebral vernal conjunctivitis. *Amer. J. Ophthalm.*, 53, 3, 429-435, 1962.
- STREIFF E.B. et CUENDET J.F. — L'influence du rythme des saisons sur la fréquence de certaines affections oculaires. *Ann. Oculist.*, 182, 5, 329-363, 1949.
- THÉODORE F.H. — *New-York Soc. For. Clinical Ophtal.*, 4 mai 1953.
- TORRES. — Conjonctivite printanière. *Rev. Medica. Messico*, juillet-septembre 1956.
- UEOKA T. et ITO N. — Le soi-disant catarrhe printanier. *Acta Soc. Ophtal. Jap.*, 58, 4, 346-351, 1954.

- VACHERET G. — Contribution à l'étude du catarrhe printanier. *Thèse* Alger, 1959.
- VANCEA P.P., COLEV C. — Considérations sur les cas de conjonctivite printanière étudiés au cours des dernières années dans la Clinique Ophtalmologique de Jassy. *Arch. Ophtal. Paris*, 21, 3, 284, 1961.
- VASSILOPOULOS B. — Traitement du catarrhe printanier par l'autohémothérapie. *Soc. Hell. Ophtal.*, 24 avril 1947.
- WEBE J., STROHBUSCH H. — (Catarrhe printanier à prédominance unilatérale). Vorwiegend einseitiger Frühjahrs-katarrh. *Klin. Mbl. Augenheilk.*, 130, 2, 259-262, 1957.
- WHEELER. — (Catarrhe printanier). Vernal catarrh. *Irish. Ophtal. Soc. Belfast*, 31, 10, 1952.
- WOODS A.C. — (Utilisation de l'A.C.T.H. et de la cortisone en Ophtalmologie). Uses and limitations of A.C.T.H. and Cortisone in Ophtalmology. *British Journal of Ophtalmology*, 36, 8, 401-431, 1952.

TABLE DES MATIERES

Introduction	13
Bases cliniques et étiopathogéniques du traitement. . . .	15
Le traitement de la conjonctivite printanière.	23
Technique opératoire	31
Observations.	35
Analyse des résultats	69
Conclusions	79
Bibliographie	81

